



3. PERİDER KONGRESİ ve ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ PERİNATOLOJİ GÜNLERİ



15-16 KASIM 2025
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ, ADANA

BİLDİRİ KİTABI

www.periderkongresi.org

İÇİDENKİLER

KURULLAR

BİLİMSEL PROGRAM

SÖZLÜ BİLDİRİLER



15 KASIM 2025, CUMARTESİ



09.00-10.00 **1. OTURUM - İLK TRİMESTER OTURUMU**
Oturum Başkanları: Cüneyt Evrûke, Selim Büyükkurt

09.00-09.15 **İlk Trimester USG Taraması**
Ezgi Turgut

09.15-09.30 **İlk Trimester Gebede Risk Azaltıcı Stratejiler ve Yüksek Riskli Grupların Belirlenmesi**
Rauf Melekoğlu

09.30-09.45 **Sezaryen Skar Gebeliği**
Deniz Cemil Arıkan

09:45-10:00 **Tartışma**

10.00-11.15 **2. OTURUM - OBSTETRİK KOMPLİKASYONLAR OTURUMU**
Oturum Başkanları: Ayhan Coşkun, Utkucan Okuducu

10.00-10.15 **Postpartum Kanamada Risk Faktörleri, Erken Tanı Stratejileri ve Medikal Yönetim Protokolleri**
Mehmet Murat Işıkan

10.15-10.30 **Postpartum Kanamanın Cerrahi Yönetimi (Balon Tamponad, Uterin Devaskülarizasyon, Kompresyon Sütürleri, Peripartum Histerektomi)**
Salih Burçin Kavak

10.30-10.45 **Maternal Sepsis Tanı ve Yönetimi**
Çiğdem Akçabay

10.45-11.15 **Tartışma**

11.15-11.30 **KAHVE ARASI**



15 KASIM 2025, CUMARTESİ



11.30-11.45

AÇILIŞ OTURUMU

S. Cansun Demir, Perinatoloji ve Riskli Gebelikler Derneği Başkanı

11.45-12.15

ABBOTT UYDU SEMPOZYUMU

Didrogesteron'un Düşük Tehdidi ve Tekrarlayan Düşük Tedavisindeki Yeri
S. Cansun Demir

12.15-13.15

ÖĞLE YEMEĞİ

13.15-14.30

3. OTURUM - İKİNCİ TRİMESTER OTURUMU

Oturum Başkanları: S. Cansun Demir, Arif Güngören

13.15-13.30

İkinci Trimester Ultrasonografisi, Kılavuzlar Ne Öneriyor?
Okan Özkaya

13.30-13.45

Temel Fetal Kardiyak Değerlendirme
Hakan Timur

13.45-14.00

Fetal Nörosonografi
Halis Özdemir

14.00-14.15

Gebelikte Aşılama Takvimi, Rehberlik ve Uygulama
S. Cansun Demir

14.15-14.30

Perinatolojide Etik ve Hukuk
Samet Bayrak

14.30-15.45

4. OTURUM - FETAL ANOMALİLERİN PRENATAL TANISI OTURUMU

Oturum Başkanları: İbrahim Polat, Ali Gedikbaşı

14.30-14.45

Fetal Konotrunkal Anomaliler
Dilek Şahin

14.45-15.00

Olgularla Fetal GİS Anomalileri
Eda Özden Tokaloğlu



15 KASIM 2025, CUMARTESİ



15.00-15.15 **Olgularla Fetal GÜS Anomalileri**
Zahid Ağaoğlu

15.15-15.30 **Olgularla Fetal SSS Anomaliler**
Fatma Doğa Öcal

15.30-15.45 **Tartışma**

15.45-16.00 **KAHVE ARASI**

16.00-17.00 **5. OTURUM • GENETİK OTURUMU**
Oturum Başkanları: Salih Burçin Kavak, Çiğdem Akçabay

16.00-16.15 **Prenatal Tarama Testleri, Endikasyonları, Kısıtlılıkları ve Genetik Danışmanlık Protokolleri**
Orhan Altınboğa

16.15-16.30 **Maternal Kanda Hücre Dışı Serbest DNA'da Güncel Durum Nedir, Hangi Hasta için Hangi Yöntem?**
Cihan Çetin

16.30-16.45 **Mikroarray WES, WGS? Güncel Durum**
Alper Tanrıverdi

16.45-17.00 **Tartışma**



16 KASIM 2025, PAZAR



SALON A

08.30-09.30

6. OTURUM • PAS OTURUMU

Oturum Başkanları: Mete Sucu, Özgür Kara

08.30-08.45

PAS Vakalarının Prenatal Tanısı ve Skorlama Sistemleri

Özge Keleş Bayer

08.45-08.55

Çukurova Üniversitesi PAS Deneyimi (Video Sunum)

Mete Sucu

08.55-09.05

Bilkent Şehir Hastanesi Pas Deneyimi (Video Sunum)

Atakan Tanaçan

09.05-09.15

Gaziantep Şehir Hastanesi Pas Deneyimi (Video Sunum)

Selcan Sınacı

09.15-09.25

İstanbul Başakşehir Çam Sakura Şehir Hastanesi Pas Deneyimi (Video Sunum)

İbrahim Polat

09.25-09.30

Tartışma

09.30-10.00

7. OTURUM • ÇOĞUL GEBELİKLER OTURUMU

Oturum Başkanları: And Yavuz, Nevin Sağsöz

09.30-09.45

Çoğul Gebeliklerin İzlemi, Obstetrik Risk Faktörleri, Fetal Redüksiyon ve Doğum Zamanlaması

Güray Tuna

09.45-10.00

Monokoryonik İkiz Gebeliklere Has Kompikasyonlar ve Bunların Yönetimi

And Yavuz

10.00-10.15

KAHVE ARASI



16 KASIM 2025, PAZAR



SALON A

- 10.15-10.45 **8. OTURUM • PRETERM EYLEM OTURUMU**
Oturum Başkanları: Mekin Sezik, Murat Akbaş
- 10.15-10.30 **Kısa Serviksin Yönetimi**
Murat Akbaş
- 10.30-10.45 **PPROM Vakalarının Yönetiminde Güncel Durum**
Sema Süzen Çaypınar
- 10.45-11.30 **9. OTURUM • ERKEN GEBELİK KAYIPLARI ve TIBBİ NEDENLİ GEBELİK
TERMINASYONU**
Oturum Başkanları: Rauf Melekoğlu, Cihan Çetin
- 10.45-11.00 **Tekrarlayan Gebelik Kayıplarının Yönetiminde Güncel Durum**
Selvi Aydın Şenel
- 11.00-11.15 **Nedenli Gebelik Terminasyonunda Medikal ve Cerrahi Yöntemler, Uterus
Rüptürü Açısından Dikkat Edilecek Noktalar**
Kübra Kurt Bilirer
- 11.15-11.30 **Tartışma**
- 11.30-12.00 **10. OTURUM • FETAL CERRAHİ**
Oturum Başkanları: Dilek Şahin, Hakan Timur
- 11.30-12.00 **TTTS'de Lazer Tedavisi Endikasyonları, Teknik, Püf Noktaları, Yapay Zeka
Desteği Başarıyı Artırır Mı?**
Özgür Kara
- 12.00-13.00 **ÖĞLE YEMEĞİ**



16 KASIM 2025, PAZAR



SALON A

- 13.00-14.30 **11. OTURUM • ÜÇÜNCÜ TRİMESTER**
Oturum Başkanları: Deniz Cemgöl Arıkan, Alper Tanrıverdi
- 13.00-13.15 **FGR Tipleri, Öngörü ve Yönetiminde Önemli Noktalar**
Emre Emekçi
- 13.15-13.30 **Gebelik Kolestazında Güncel Durum**
Dilek Menekşe Beşer
- 13.30-13.45 **Gestasyonel Diyabet: Tarama, Tanı, Takip ve Yönetimde Güncel Durum**
Derya Uyan Hendem
- 13.45-14.00 **Gebeliğin Hipertansif Hastalıklarında Güncel Durum**
İbrahim Polat
- 14.00-14.15 **Acil Hipertansif Krizin Yönetimi**
Duygu Tuğrul Ersak
- 14.15-14.30 **Tartışma**
- 14.30-15.45 **12. OTURUM • DOĞUM OTURUMU**
Oturum Başkanları: Osman Onur Özkavak, Ayşegül Atalay
- 14.30-14.45 **Operatif Vajinal Doğum**
Ali Taner Anuk
- 14.45-15.00 **Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum**
Bedri Sakcak
- 15.00-15.15 **Omuz Distoziisinin Yönetimi**
Ramazan Denizli
- 15.15-15.30 **Plasenta Dekolmanının Yönetimi**
Berhan Besimoğlu
- 15.30-15.45 **Tartışma**
- 15.45-16.00 **Akılcı İlaç Sunumu**
Zeynel Durgay



16 KASIM 2025, PAZAR



SALON B

08.30-09.30 **GENÇ PERİNATOLOGLAR OTURUMU**
Oturum Başkanları: Selahattin Mısırlıoğlu, Fatma İşlek Uzay

08.30-08.45 **Perinatoloji Pratiğinde Yapay Zeka Uygulamaları**
Emre Yalçın

08.45-09.00 **Fetal Ultrasonografide 3D ve 4D Görüntülemenin Yeri**
Masum Kayapınar

09.00-09.15 **Fetal Cerrahi ve İntrauterin Müdahale Alanındaki Güncel Gelişmeler**
Fatma İşlek Uzay

09.15-09.30 **Tartışma**

10.00-10.15 **KAHVE ARASI**

10.15-12.00 **Serbest Bildiri Oturumu**
Oturum Başkanları: Aslı Altınordu, Masum Kayapınar

SS01, SS02, SS03, SS04, SS05, SS06, SS07, SS08, SS09, SS10, SS11, SS12, SS13,
SS14, SS15, SS16, SS17, SS18, SS19, SS20, SS21, SS22, SS23

12.00-13.00 **ÖĞLE YEMEĞİ**

13.00-14.00 **İKİNCİ TRİMESTER ULTRASONOGRAFİSİ**
Hands on: 2. Trimester Nörosonografi
Özgür Kara, And Yavuz

Hands on: 2. Trimester Fetal Kardiyak Değerlendirme
 Mete Sucu, Rauf Melekoğlu

KURULLAR

S. CANSUN DEMİR

Kongre ve PERİDER Yönetim Kurulu Başkanı

İBRAHİM POLAT

2. Başkan

DİLEK ŞAHİN

Genel Sekreter

ALİ GEDİKBAŞI

Sayman

METE SUCU

Üye

DENİZ CEMGİL ARIKAN

Üye

HAKAN TİMUR

Üye

SÖZLÜ BİLDİRİLER

SS 01 İnflamatuvar barsak hastalığı olan gebelerde birinci trimester tam kan inflamatuvar indekslerinin (SII , SIRI ve AISI) ve perinatal sonuçların değerlendirilmesi

Op.Dr.Ali ÇİTİRKE¹ , Prof.Dr.Dilek ŞAHİN² , Doç.Dr.Eda ÖZDEN TOKALIOĞLU³

¹Ankara Bilkent şehir hastanesi perinatoloji kliniği ,Ankara , acitirke@gmail.com

² T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Perinatoloji Bilim Dalı, Ankara , dilekuygur@gmail.com

³T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Perinatoloji Bilim Dalı, Ankara , dredaozdentokalioglu@gmail.com

Amaç

İnflamatuvar barsak hastalığı (İBH) olan hastaların, gebeliğin ilk trimesterindeki inflamatuvar parametreleri ve perinatal sonuçlarının kontrol grubuyla karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem

Bu retrospektif çalışmaya, Ocak 2021-Temmuz 2024 tarihleri arasında Ankara Bilkent şehir hastanesi perinatoloji Kliniği'nde doğum yapmış olan 20 İBH (7 crohn , 13 ülseratif kolit hastası) nedeniyle takipli tekil gebeden oluşan vaka grubu ve 25 sağlıklı tekil gebeden oluşan kontrol grubu dahil edildi. Olguların demografik verileri hastane kayıtlarından elde edildi. Gebelerin birinci trimesterde ilk başvurusu esnasında yapılan tam kan sayımındaki hemoglobin (Hb), hematokrit (HCT), lökosit (WBC), nötrofil (NEU), lenfosit (LNF), monosit (MON) ve platelet (PLT) değerleri kaydedildi. İnflamatuvar parametreler olarak SII (trombosit x nötrofil/lenfosit) , SIRI (nötrofil x monosit/lenfosit) ve AISI (nötrofil x plt x monosit/lenfosit) hesaplandı. Elde edilen inflamatuvar indeksler, gruplar arasında karşılaştırıldı. Grupların perinatal sonuçlarının değerlendirmesi amacıyla, doğum haftası, yenidoğanın 1.-5.dk APGAR skorları ve doğum ağırlığına bakılarak karşılaştırıldı.

Bulgular

Her iki grup arasında maternal demografik özellikler açısından anlamlı fark yoktu. Gruplar arasında , birinci trimesterde bakılan Hb , WBC , PLT , SII , SIRI ve AISI açısından anlamlı bir fark izlenmedi ($p>0.05$). Perinatal sonuçlar karşılaştırıldığında preterm eylem, doğum haftası , doğum ağırlığı , 1.-5. Apgar skorları açısından da grupların sonuçları benzer görüldü ($p>0.05$) (Tablo 1).

Sonuç

İBH alevlenme ve remisyon dönemleriyle karakterizedir. En son epidemiyolojik verilere göre, İBH dünya çapında yaklaşık yedi milyon kişiyi etkilemekte ve yaygınlığı zamanla artmaktadır (1). İBH'nin gebelik üzerindeki etkilerini inceleyen çalışmaların sonuçları çelişkilidir. Bazı çalışmalar İBH'nin bizim çalışmamızda olduğu gibi gebelik sonuçları üzerinde önemli bir etkisi olmadığını gösterse de, bazı çalışmalar da hastalığın erken doğum ve düşük doğum ağırlığı oranında artışla ilişkili olduğunu göstermiştir (2,3).

SII , SIRI ve AISI gibi belirteçlerin çeşitli hastalıklarda prognoz belirleyici rolü gösterilmiştir. İBH olan gebeler ve bir kontrol grubu arasındaki SII değerlerini karşılaştıran retrospektif bir çalışmada, SII değerinin İBH olan hastalarda daha yüksek olduğu ve hastalık aktivitesiyle ilişkili olduğu bildirilmiştir (4). Aynı bir retrospektif çalışmada, SII'nin İBH tanısında değerli bir biyobelirteç olarak hizmet etme potansiyeli olduğu gösterilmiştir. Ayrıca, SII yükselmesi ve hastalık şiddeti puanlama sistemleri tutarlı

bir yön ilişkisi sergilemiştir(5). SIRI ve İBH arasındaki ilişki kapsamlı bir şekilde incelenmemiştir. Bu konuda yürütülen bir çalışmada, İBH grubu ile kontrol grubu arasında bizim çalışmamıza benzer şekilde SIRI açısından anlamlı bir fark gözlenmedi. Ek olarak, SIRI değeri ile hastalığın şiddeti arasında bir korelasyon bulunamadı (6).

Bu çalışmanın sınırlılıkları arasında hasta sayısının az olması ve retrospektif tasarımı yer almaktadır.

Bu çalışma İBH lı gebelerde ilk trimesterdeki tam kan indekslerinin normal gebelerle farklı olmadığını göstermiştir. İBH'nin perinatal sonuçlar üzerinde negatif etkisi olmadığını düşündürmüştür.

Anahtar kelimeler:İBH , SII , SIRI , AISI , gebelik

Tablo1

	Hastalık grubu(n=20)	Kontrol grubu(n=25)	P değeri
Yaş	30.55±5.15	29.96 ±4.92	0.69
Gravida	2(3)	2(2)	0.51
Parite	1(2)	1(2)	0.62
Yaşayan	1(2)	1(2)	0.64
Doğum haftası	38.40(2)	38.00(3)	0.92
Doğum ağırlığı	3260.00(595)	2900(888)	0.41
Apgar 1	7(1)	7(1)	0.57
Apgar 5	9(1)	9(0)	0.33
Hemoglobin	12.45(1.5)	12.40(2)	0.82
Wbc	7.7(5.3)	8.67(2.2)	0.68
trombosit	269(134)	262(107)	0.38
SII	1138(1029)	911(550)	0.19
SIRI	1.35(1.94)	1.31(0.91)	0.20
AISI	455(518)	352(278)	0.32
Preterm doğum	4(%20)	5(%20)	1.00

1 -GBD 2017 İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı İşbirlikçileri , “ 195 Ülke ve Bölgede İnflamatuvar Bağırsak Hastalığının Küresel, Bölgesel ve Ulusal Yüğü, 1990–2017: 2017 Küresel Hastalık Yüğü Çalışması için Sistemik Bir Analiz ,” *Lancet Gastroenteroloji ve Hepatoloji* 5 (2020) : 17 – 30 , [https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(19\)30333-4](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(19)30333-4) .

2-J. G. Hashash ve S. Kane , “ Gebelik ve İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı ”, *Gastroenteroloji ve Hepatoloji* 11 (2015) : 96 – 102 .

3- U. Mahadevan , WJ Sandborn , ve D.-K. Li , “ Kuzey Kaliforniya'dan Geniş Bir Topluluk Tabanlı Çalışma: Enflamatuvar Bağırsak Hastalığı Olan Kadınlarda Gebelik Sonuçları ”, *Gastroenteroloji* 133 (2007) : 1106 – 1112 , <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2007.07.019>

4- Y. Xie , T. Zhuang ve Y. Ping , “ Ülseratif Kolit Hastalarında Yüksek Sistemik İmmün İnflamasyon İndeksi Düzeyi Hastalık Aktivitesiyle İlişkilidir ,” *Clinica Chimica Acta: Uluslararası Klinik Kimya Dergisi* 517 (2021) : 122 – 126 .

5-J. Yan , F. Deng , ve Y. Tan , “ Ülseratif Kolitin İzlenmesinde Potansiyel Bir Biyobelirteç Olarak Sistemik İmmün-İnflamasyon İndeksi ,” *Güncel Tıbbi Araştırma ve Görüş* 39 (2023) : 1321 – 1328 .

6-M. Carrillo-Palau , B. Vera-Santana , ve A. Morant-Domínguez , “ İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı Olan Hastalarda Hematolojik Kompozit Skorları ,” *Klinik Tıp Dergisi* 12 (2023) : 7248 .

SS 02 Yanıltıcı mı, Uyarıcı mı? 3'lü Test Yüksek Riskli Gebelerde Amniyosentez Sonuçları- Tek Merkez Deneyimi

Aydan Sezgin¹, Özgür Kara²

¹ Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Perinatoloji Bilim Dalı, Ankara

² Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Perinatoloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç: İlk trimester **2'li test** sonucu normal olup ikinci trimester **3'lü testte** yüksek risk saptanan gebelerde **amniyosentez** ile doğrulanan **kromozomal anöploid oranını** değerlendirmek.

Gereç- Yöntem: Tek merkezli, retrospektif bir çalışma olarak planlandı. 2022-2023 yılları arasında 2'li testi olmayan, normal ve orta bulunan, 3'lü test yüksek riskli saptanan, ultrasonografide (USG) soft marker saptanmayan, 18–40 yaş tekil gebelerde yapılan **amniyosentez** olguları incelendi. **Dışlama ölçütleri:** çoğul gebelik, majör fetal anomali/önceden bilinen genetik hastalık, eksik veri. Amniyotik sıvıda **QF-PCR** (kantitatif floresan-polimeraz zincir reaksiyonu) ve/veya **karyotip** (gerektiğinde **mikrodizi**) uygulandı; birincil sonlanım **klinik olarak anlamlı anöploid oranı**, ikincil sonlanımlar **pozitif prediktif değer** ve **işlem komplikasyonları** olarak tanımlandı.

Bulgular: Genel kohort (N=47). Gebelerin yaş ortalaması 31.9 ± 5.37 olup %95 güven aralığında 30.4–33.5 (min–maks 20–45) aralığındaydı; gravide 2.55 ± 1.61 , parite 1.11 ± 0.96 ve yaşayan çocuk sayısı 1.09 ± 0.97 olarak saptandı. Amniyosentez zamanlaması 18.8 ± 1.55 hafta (medyan 18, aralık 17–23 hafta) idi. İkili test dağılımı %70.2 (33/47) normal, %2.1 (1/47) orta, %27.7 (13/47) uygulanmamış şeklindeydi. Üçlü testte olguların %91.5'i (43/47) yüksek risk, %8.5'i (4/47) orta risk grubundaydı. Amniyosentez sonucunda **Trizomi 21 %2.1 (1/47)**, **normal karyotip %97.9 (46/47)** raporlandı

Sonuç: Bu kohortta (2'li testi **normal, orta veya yok**), USG'de **soft marker yok**, tekil gebelikler **3'lü test “yüksek risk”** sonucunun **klinik olarak anlamlı anöploidie dönüşme oranı düşüktür (%2.1)**. Bu bulgu, **normal 2'li testten sonra 3'lü test eklemenin tanısal değeri sınırlı** olduğunu; buna karşın **kaygı ve gereksiz invaziv işleme yönlendirme** potansiyeli taşıdığını düşündürür. Dolayısıyla, bu profil için **rutin 3'lü test yerine** hedefe yönelik izlem (detaylı USG) ve **isteğe bağlı cfDNA/NIPT** ile bireyselleştirilmiş danışmanlık **daha rasyonel** görünmektedir.

SS 03 Monokoryonik-Monoamniyotik İkiz Gebelik Perinatal Sonuçları: Bir Tersiyer Merkez Deneyimi

Ayşe Altındış Bal*, Özgür Kara*

* Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Perinatoloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Monokoryonik monoamniyotik (MKMA) ikiz gebelikler, diğer ikiz gebeliklere göre artmış komplikasyon oranlarına ve yüksek perinatal ölüm oranlarına sahiptir. Erken tanı ve yakın takiple riskler azalmasına rağmen fetal kayıp akut ve öngörülemez olabilir. Çalışmamızda; merkezimize başvuran monokoryonik monoamniyotik ikiz gebeliklerin klinik özellikleri ve fetal sonuçlarının karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Haziran 2021- Ocak 2025 tarihleri arasında kliniğimizde değerlendirilen ve monokoryonik monoamniyotik ikiz tanısı alan gebeler çalışmaya dahil edildi. Demografik, doğum öncesi ve sonrası klinik özellikleri retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Çalışmamıza 14 hasta dahil edildi; klinik demografik bilgileri tablo 1’de sunulmuştur. Tek vaka dışında tüm vakalar spontan gebelik idi. Hastaların yaş, parite, tanı haftası ve doğum haftası ortalama ($\pm$ standart sapma) değerleri sırasıyla; 31,5($\pm$ 3,3), 0,69 ($\pm$ 0,9), 11,5 ($\pm$ 1,5), 31,6 ($\pm$ 1,1) idi. Tüm hastalar 1. Trimestirda MKMA tanısı almış idi. 14 vakanın 10’u (%71,4) canlı doğum ile sonuçlandı. Bir vaka (vaka no 10); ilk trimesterda intrauterin kayıp ile sonuçlandı. Bir vakada (vaka no 13) ikizden ikize transfüzyon sendromu gelişmesi sonucu 22 .gebelik haftasında her iki fetusun spontan intrauterin kaybı gerçekleşti, gebelik sonlandırıldı. Bir vakada (vaka no 5) ikiz eşlerinden birinde omfolosel, meningomyelose ve bilateral club foot gözlemlenmesi sonrası selektif fetosid planı ile laser koagülasyon uygulandı; ikiz eşinde de kayıp meydana geldi, gebelik sonlandı. Bir diğer vakada (vaka no 14) 1. Fetus trap + 2. Fetus tga, avsd gözlemlenmesi üzerine terminasyon uygulandı, gebelik sonlandırıldı. 10 canlı doğumun yarısı acil olarak planlandı (1 vaka pprom, 2 vaka fetal dystres, 2 vaka eylemde ikiz). Canlı doğumların 7’sinde antenatal steroid dozu tamalanmıştı.

Tablo 1- Hastaların demografik ve klinik bilgileri

Vaka No	Gebelik Tipi	Yaş	Parite	Tanı Haftası	Gebelik Sonucu	Doğum Haftası	Sezaryen Planlaması	Antenatal Steroid
1	Spontan	28	0	12	CD	31+3	Elektif	Tamamlanmış
2	Spontan	32	0	12	CD	33+2	Acil	Tamamlanmış
3	Spontan	32	2	12	CD	29+4	Acil	Yok
4	Spontan	34	2	13	CD	32+1	Elektif	Tamamlanmış
5	Spontan	28	0	13	Terminasyon + İuex	(20)		
6	Spontan	28	0	13	CD	31+3	Acil	Tamamlanmış
7	Spontan	30	1	10	CD	32+0	Acil	Yok
8	Spontan	31	0	12	CD	31+4	Acil	Yok
9	Spontan	33	0	8	CD	32+1	Elektif	Tamamlanmış
10	Spontan	35	2	9	İuex	(12)		
11	Spontan	32	0	10	CD	32+0	Elektif	Tamamlanmış
12	IVF	34	0	11	CD	33+3	Elektif	Tamamlanmış
13	Spontan	31	0	12	İuex	(22)		
14	Spontan	25	0	12	Terminasyon	(19)		

* IVF: invitro fertilizasyon, CD:canlı doğum, İuex: intrauterin kayıp,

Çalışmamıza dahil olan 14 MKMA ikiz vakasının perinatal sonuçlarına baktığımızda (Tablo 2); 10 canlı doğumdan doğan 20 fetusun doğum kilosu, 1. Bebeğin 1/5dk apgar skoru ve 2. Bebeğin 1/5dk apgar skoru ortalama (±standart sapma) değerleri sırasıyla; 1625g (±298), 6/8 ve 5/7 idi. Canlı doğumların %60'ı kız bebektir. 1. Ve 2. Fetusların yenidoğan yoğun bakımda kalış süreleri ortalama (±standart sapma) 29,1 (±16) ve 44,6 (±36) olarak gözlemlendi. Bir vakada (vaka no 6), ikiz anemi polisitemi sekansı gelişmesi sonucunda fetustan biri doğum sonrası 4. Gün kaybedildi.

Tablo 2 – Hastaların perinatal sonuçları

Vak a No	Doğum Kilosu(g) f1	Doğum Kilosu(g) f2	Cinsiyet	Apgar 1/5dk f1	Apgar 1/5dk f2	NICU gün f1	NICU gün f2	PNS (n=fetus sayısı)
1	1855	1730	Kız	7/8	7/8	13	70	2
2	1800	1870	Erkek	5/7	5/7	14	13	2
3	1050	1120	Kız	5/7	4/6	48	51	2
4	1600	1470	Erkek	4/6	4/5	15	116	2
5	Terminasyo n + İuex	Terminasyo n + İuex						
6	1700	1245	Kız	4/6	5/7	30	4	1
7	1740	1595	Kız	6/8	6/8	36	23	2
8	1490	1800	Kız	6/8	6/8	62	18	2
9	1600	1460	Erkek	6/8	7/8	37	37	2
10	İuex	İuex						
11	1300	1480	Erkek	6/8	5/8	24	24	2
12	2120	1650	Kız	6/8	4/6	13	90	2
13	İuex	İuex						
14	Terminasyo n	Terminasyo n						

F1:1. fetus , F2:2. Fetus , NICU gün:yenidoğan yoğun bakım yatış süresi, PNS: perinatal sağkalım

Sonuç: Kliniğimizde yönetilen MCMA vakalarının, 24. Gebelik haftası sonrası sağ kalım oranı (%95) yüksek olup literatür ile uyumludur. MCMA vakalarının tekil ve diğer ikiz gebeliklere göre artmış komplikasyon riski ve akut fetal kayıp potansiyeli, gebelik takibi boyunca göz önünde bulundurulmalıdır.

SS 04 Kliniğimizde Intrauterin Polikistik Böbrek Hastalığı Tanısı Almış Fetüslerin Sonuçları

Burcu Bozkurt Özdal¹, Orhan Altunboğa¹, Dilek Şahin¹

1Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, Ankara, Türkiye

Konjenital kistik böbrek hastalığı, çocuklarda ve yetişkinlerde son dönem böbrek hastalığının başlıca nedenlerinden biridir.

Amaç: Bu çalışmadaki amacımız ultrasonografik intrauterin polikistik böbrek hastalığı tanısı almış fetüslerin sonuçlarını incelemektir.

Materyal ve Metot:

Bu çalışmaya 2021 Ocak ile 2025 Eylül ayları arasında Ankara Bilkent Şehir hastanesinde perinatoloji kliniğinde ultrasonografik olarak fetal polikistik böbrek tanısı alan gebeler dahil edildi. Her hasta için yaş, gravida, tanı haftası, tarama testi sonuçları, ek maternal hastalık, eşlik eden fetal anomali, fetal sonuç, fetal yaşama süresi, doğum haftası, doğum kilosu, 1.ve 5.dakikadaki APGAR skoru, yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatışı kayıt altına alındı.

Sonuçlar:

Bu çalışmaya toplamda 18 intrauterin fetal polikistik böbrek hastalığı olan fetüs alındı. Hastaların demografik verileri ve fetal sonuçları tabloda gösterildi.

Tablo: Hastaların demografik bilgileri ve neonatal sonuçlar

Değişkenler	Median (min-max) N:18
Anne yaşı	29(23-41)
Gravida	2.0(1.0-6.0)
Tanı haftası	22.1(12.2-34.5)
Doğum Haftası	33.4(30.5-36.4)
Doğum kilosu	1955(1290-2940)
Apgar 1. dk	1.5(1.0-6.0)
Apgar 5.dk	3.0(3.0-8.0)
NICU yatış süresi	0.0(0.0-50.0)
Yaşam süresi	0.0(0.0-50.0)
NICU	16(%89)

Polikistik böbrek hastalığına sahip fetüslerde yapılan tarama testlerinin 2 (%11)sinde ikili tarama testi 1/50 ve altındaydı. 1 (%5.5)fetüsün invaziv tanı testi sonucu trizomi 21 olarak geldi. Ultrasonografik incelemede 1 fetusde afi normalken diğer hastalarda anhidroamnios vardı. 8 annenin 2(%11) sinde polikistik böbrek vardı. 3(%16.6) fetüsde renal polikistik böbrek dışında ensefalosel tespit edildi. Bu fetüsler Meckel Grubel olarak tanımlandı. 18 fetüsün 2 (%11)sinde intrauterin ex gelişirken 16(%89)sı postpartum ex oldu.

Sonuç: Polikistik böbrek hastalığı intrauterin tanısı konulabilen hayat ile bağdaşmayan ve genetik geçişi olabilen bir durumdur.

SS 05 Prenatal Tanı Alan Sağ Aortik –Sağ Duktal Ark

Çiğdem Akçabay Fırat Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı/Elazığ

Burçin Kavak Fırat Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı/Elazığ

Sağ aortik ark sağ duktal ark bu normal sol aortik arkın ayna görüntüsüdür. Aortik ve duktal arkusların nadir görülen bir pozisyon anomalisi olup her iki arkusun trakeanın sağında olmasıdır. Bu durumda yine normale yakın V şekli olacaktır. Tek farkı trakeanın sağında olmasıdır.

Olgu: 33 yaşında G1 olan hastanın medikal özgeçmişinde özelliği yok. Akrabalık eşi ile mevcut değil. Dış merkezden anatomik tarama yapılması için yönlendirildi. Hastanın ilk trimester tarama testi düşük riskli olarak gelmiş. 22. haftada yapılan ultrasonografik değerlendirme kalb incelemesinde 3 damar trakea kesitinde duktus arteriozis ve aortik ark trakeanın sağında izlendi. Bunun dışında majör anomali yada minör belirteç saptanmadı. Hastaya karyotip analizi ve mikroyarray çalışılması için invaziv işlem önerildi. Hasta işlemi kabul etmeyerek kendi isteği ile NIPT testi yaptırdığını ve sonucunun normal olarak geldiğini belirtti. Hasta Çocuk Kardiyoloji bölümüne fetal ekokardiyografi için konsulte edildi. Sağ duktal-sağ aortik ark olarak raporlandı. Hasta 36. haftada su gelişi nedeniyle sezaryan ile 3050gr bebek doğurtuldu. Postnatal dönemde çocuk kardiyolojisi yapılan muayene ile prenatal tanıyı doğruladı. Doğumdan sonra solunum, yutma sıkıntısı yaşamadı. Bebeğe herhangi bir cerrahi girişimde bulunulmadı.

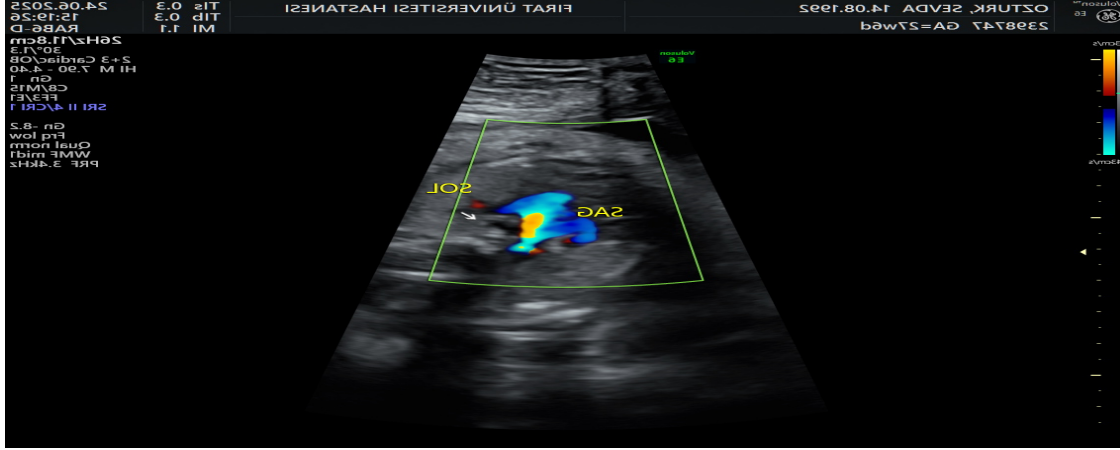
Hastanın kardiyak değerlendirilmesinde 3 damar trakea kesitinin dikkatli incelenmesi ve damarların trakeanın yönüne göre değerlendirilmesi gerekmektedir. Hastaya mutlaka karyotip analizi ve 22q11 mikrolelesyon açısından değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Sağ aortik-sağ duktal ark, Ayna görüntüsü, 3 damar trakea kesiti prenatal tanı



RESİM1 : 3 damar trakea görüntüsü

Resim 1...



SS 06 Fetal lenfanjiom ön tanısıyla takip edilen vakaların prognozu

Ece Atalay¹, Dilek Şahin²

¹Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Perinatoloji Bilim Dalı, Ankara

²T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Perinatoloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Fetal lenfanjiom ön tanısıyla perinatoloji kliniğimizde takip edilen vakaların postnatal dönemdeki prognozunu araştırmayı amaçladık.

Yöntem: 2020- 2025 yılları arasında Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Perinatoloji kliniğinde fetal lenfanjiom ön tanısıyla takip edilen 10 vaka çalışmaya dahil edildi. Olguların demografik özellikleri ve prenatal süreçleri hastane veri tabanından taranarak kaydedildi. Postnatal dönemdeki süreç ve takipleriyle ilgili vakanın ailesi aranarak bilgi alınıp kaydedildi.

Bulgular: Çalışmaya katılan 10 gebenin medyan yaşı 28 (18-33) idi. Gravida sayısı 2 (1-2) ve paritesi 0(0-1) idi. Fetal lenfanjiom ön tanısı konulan medyan gebelik haftası 19(12-24) idi. Gebelerin %40'ı invaziv işlem yaptırmış olup bir sonuç trizomi 9, bir sonuç trizomi 21 olarak raporlanırken iki hastanın sonucu ise normal karyotip olarak raporlandı. Vakalarda %70 oranında ultrasonda ek anomaliler vardı (**Tablo1**). Postnatal dönemde, 6 gebe (%60) miad dönemde doğum yapmış olup, bunların 3'ü (%30) sağlıklı bebekler olarak yaşama devam etmişti. Diğer bebeklerin birinde ise 1 yaş civarı malign periferik tümör tanısı konulmuş olup kemoterapi aldığı öğrenilmiştir. Yine 1(%10) bebek bleomisin kemoterapisi alıp takibe alındığı, 1 bebeğin (%10) de tedavisiz bir dış merkez K.B.B. (kulak-burun-boğaz) hastalıkları kliniğinin takibinde olduğu öğrenilmiştir. 4 vaka (%40) ise takiplerinde kistik higroma olarak düşünüldü (**Tablo2**).

Sonuç: Fetal lenfanjiom yaklaşık 6000'de bir görülen bir malformasyondur. Tanısında prenatal dönemde yapılan ultrason öne çıkmaktadır. Ek ultrason bulguları varlığında kromozomal anomali oranı artar. Hastalara genetik danışmanlık ve invaziv işlem önerilmelidir.

Anahtar Kelimeler: fetal lenfanjiom, gebelik, prenatal tanı

SS 07 Abortus immines ve Missed Tanılı Hastalarda Crp/Fibrinojen indeksinin

Eda Büşra Babayiğit ¹, Fatma Doğa Öcal ²

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Ankara/Türkiye

TC Sağlık Bakanlığı Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Ankara/Türkiye

Amaç: Bu çalışmanın amacı, abortus imminens ve missed abort olgularında inflamatuvar yanıtı değerlendirmektir. Bu doğrultuda, sistemik inflamasyon göstergelerinden biri olan C-reaktif protein (CRP) ile fibrinojen düzeyleri ve bu iki parametrenin oranı (CRP/fibrinojen oranı) karşılaştırılmıştır. Böylece, erken gebelik kayıplarında inflamatuvar belirteçlerin olası tanısal veya prognostik değerinin araştırılması hedeflenmiştir.

Materyal Method: Çalışmaya, Ocak- Mayıs 2023 tarihleri arasında hastanemizin kadın hastalıkları ve doğum kliniğine başvuran **abortus imminens** ve **missed abort** tanılı hastalar retrospektif olarak dahil edilmiştir. Gruplar arasında yaş, obstetrik öykü (gravida, parite, abort), tanı haftası ve laboratuvar parametreleri (fibrinojen, CRP, Hb, trombosit, lökosit, AST, ALT, CRP/fibrinojen oranı) yönünden karşılaştırma yapılmıştır. Tanılar ultrasonografik ve klinik bulgulara dayanarak konulmuştur. Her hastanın başvuru anındaki **C-reaktif protein (CRP)** ve **fibrinojen** düzeyleri kaydedilmiş, **CRP/fibrinojen oranı (mg/L ÷ mg/dL)** hesaplanmıştır. İki grup arasındaki farklar için uygun parametrik veya non-parametrik testler kullanılmıştır (*örneğin* Mann-Whitney U testi). $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: **Abortus imminens (n:25)** ve **missed abort (n:25)** tanılı toplam 50 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. İki grup arasında **gravida, parite, abort sayısı, tanı haftası** gibi obstetrik değişkenlerde anlamlı fark izlenmemiştir ($p > 0.05$). **Fibrinojen ($p = 0.478$)** ve **CRP ($p = 0.264$)** düzeyleri gruplar arasında istatistiksel olarak farklı bulunmamıştır. **CRP/fibrinojen oranı (CF)** açısından da anlamlı fark saptanmamıştır ($p = 0.277$). Hemoglobin, trombosit, lökosit, AST ve ALT değerleri arasında fark yoktur ($p > 0.05$).

Sonuç: Her iki grup arasında CRP ve fibrinojen düzeyleri ile CRP/fibrinojen oranı bakımından istatistiksel anlamlı fark izlenmemiştir. Bu durum, inflamatuvar belirteçlerin abortus imminens ve missed abort olgularında benzer düzeylerde seyrettiğini düşündürmektedir. Daha büyük örneklemli çalışmalarla bu biyobelirteçlerin prognostik değerinin doğrulanması önerilmektedir.

Tablo 1. Grupların demografik ve laboratuvar özelliklerinin karşılaştırılması

Parametre	Abortus imminens Ort. $\pm$ SS (Medyan)	Missed abort Ort. $\pm$ SS (Medyan)	p değeri
Yaş (yıl)	28.6 $\pm$ 6.3 (26)	33.4 $\pm$ 8.4 (34)	0.029 *
Gravida	3.08 $\pm$ 2.0 (3)	3.08 $\pm$ 1.8 (3)	0.889
Parite	0.92 $\pm$ 0.91 (1)	1.28 $\pm$ 1.21 (1)	0.291
Abort sayısı	1.12 $\pm$ 1.76 (0)	0.64 $\pm$ 0.95 (0)	0.514
Tanı haftası	10.7 $\pm$ 3.1 (11)	8.8 $\pm$ 2.1 (8)	0.127
Fibrinojen (g/L)	3.23 $\pm$ 0.75 (3.1)	3.47 $\pm$ 1.02 (3.2)	0.478
CRP (mg/L)	9.26 $\pm$ 7.96 (7.6)	11.12 $\pm$ 19.50 (3.5)	0.264
Hemoglobin (g/dL)	12.42 $\pm$ 1.26 (12.4)	12.48 $\pm$ 1.48 (12.5)	0.648
Trombosit ($\times 10^3/\mu\text{L}$)	269.9 $\pm$ 63.4 (259)	277.1 $\pm$ 62.9 (271)	0.691
Lökosit ($\times 10^3/\mu\text{L}$)	6.26 $\pm$ 3.02 (5.4)	6.67 $\pm$ 2.02 (6.5)	0.180
AST (U/L)	15.0 $\pm$ 6.0 (15)	17.3 $\pm$ 6.1 (15)	0.158
ALT (U/L)	17.6 $\pm$ 11.3 (14)	22.9 $\pm$ 19.9 (16)	0.460
CRP/Fibrinojen oranı	2.88 $\pm$ 2.61 (2.29)	2.65 $\pm$ 3.75 (1.17)	0.277

Anahtar Kelimeler; abortus imminens, missed abort, CRP/Fibrinojen

SS 08 FETAL ALCOHOL SYNDROME IN NEWBORNS: CASE PRESENTATION

Elif IŞIK¹, Eda ÖZDEN TOKALIOĞLU², Dilek ŞAHİN³

¹Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Perinatoloji Bilim Dalı, elifitf10@gmail.com

²T.C.Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Perinatoloji Bilim Dalı, dredaozdentokalioglu@gmail.com

³T.C.Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Perinatoloji Bilim Dalı, dilekuygur@gmail.com

Fetal alcohol syndrome (FAS) is defined as one of the syndromes within fetal alcohol spectrum disorder (FASD) classification. FASD categorises the physical, behavioral, and neurological effects of intrauterine alcohol exposure on the fetus.[1] Five defined syndromes are associated with FASD as follows: FAS, partial fetal alcohol syndrome (pFAS), alcohol-related neurodevelopmental disorder (ARND), a neurobehavioral disorder associated with prenatal alcohol exposure (ND-PAE), and alcohol-related birth defects (ARBD)[2].

FAS is characterized by specific facial features, prenatal or postnatal growth and developmental delays, and central nervous system (CNS) findings. All three features must be present for diagnosis [2].

Alcohol is highly teratogenic for the fetus in every trimester. Any amount of alcohol consumed at any stage of pregnancy can cause irreversible fetal damage that may lead to FASD [3].

There are insufficient studies in our country showing the prevalence of FAS and the frequency of alcohol consumption during pregnancy. However, it is known that the frequency of alcohol consumption during pregnancy is increasing day by day in our country.

Keywords: fetal alcohol syndrome, teratogen, intrauterine alcohol exposure

CASE PRESENTATION

A 30-year-old, gravida 5, parity 2, abortus 2 pregnant woman was consulted to perinatology at 27 weeks of gestation due to small biparietal diameter and short femur length. The patient, who did not have regular prenatal follow-up and had a known diagnosis of bipolar affective disorder, smoked 2 packs of cigarettes per day and consumed alcohol from the beginning of her pregnancy and also used lithium and olanzapine. The patient had a history of a positive 1/16 titer on the VDRL test for syphilis screening and was treated with penicillin G in the second trimester. Ultrasonographic findings at perinatology clinic included microsefali (biparietal diameter 66.01 mm < 1 st percentil) (Figure 1), cerebellar vermis hypoplasia (cerebellar vermis area 1.60 cm² < 4 st percentil, cerebellar vermis circumflex 50.10 mm < 1,2 st percentile) (Figure 2) and cisterna magna 9.7 mm, low-set ears, flat nasal bridge, and flexion contracture in the left lower extremity.



Figure- 2: Transtlamic Plane View of Microcephaly



Figure- 2: Sagittal Plane View of Cerebellar Vermis Hypoplasia

The patient was delivered by C/S abdominale due to fetal distress at 29 weeks and 5 days of gestation. The newborn was a 1200 g male fetus and exitus at postnatal 2nd hour. Postmortem morphological findings included microcephaly, absence of philtrum, depressed nasal bridge, low-set ears, flexion contracture of the left lower extremity, high palate, and prominent forehead (Figure 3).



Figure-3: Postmortem morphological findings of the fetus

References

1. Bukiya, A.N., *Fetal Cerebral Artery Mitochondrion as Target of Prenatal Alcohol Exposure*. Int J Environ Res Public Health, 2019. **16**(9).
2. *Diagnosis of fetal alcohol syndrome (fas)*. Can Child Adolesc Psychiatr Rev, 2003. **12**(3): p. 81-6.
3. Roozen, S., et al., *Worldwide Prevalence of Fetal Alcohol Spectrum Disorders: A Systematic Literature Review Including Meta-Analysis*. Alcohol Clin Exp Res, 2016. **40**(1): p. 18-32.

Tablo1. Olguların demografik ve prenatal özellikleri

Yaş	28 (18-33)
Gravida	2(1-2)
Parite	0(0-1)
Tanıda gebelik haftası	19(12-24)
İnvaziv işlem	4(%40) [CVS:3, A/S:1]
Kromozomal anomali	%20 (tri.9, tri.21)
Ultrasonda ek anomali	7(%70)

A/S: amniyosentez, CVS:koryon villus biyopsisi, tri:trizomi
Veriler medyan(min.-max.) veya sayı (%) şeklinde belirtilmiştir.

Tablo2. Olguların prenatal ve postnatal özellikleri

Fetus (n:10)	Tanı haftası	Lezyon yeri	İnvaziv	Ek ultrason bulgusu	Doğum haftası	Postnatal dönem
1	16	Boyun	Yok	Perikardiyal efüzyon	37	5 gün yoğun bakım-1 yaşında sağlıklı
2	14	Toraks	Yok	Aortta revers akım		Terminasyon
3	12	Boyun	CVS-tri.21	Avsd, bilateral plevral efüzyon		Terminasyon (kistik higroma olarak düşünüldü)
4	21	Boyun	Yok	Kardiyomegali		Terminasyon
5	22	Aksilla	CVS:normal	Yok	37	Sağlıklı (kistik higroma olarak düşünüldü)
6	13	Boyun	CVS-tri.9	Barsakta ekojenite artışı		Terminasyon (kistik higroma olarak düşünüldü)
7	22	Oksipital	A/S:normal	Arsa	36	4 yaş- malign periferik tm nedeniyle KT almış,takipte
8	18	Boyun	Yok	Yok	37	4 yaş-2 ay yoğun bakım, KT sonrası takipte (kistik higroma olarak düşünüldü)
9	24	Mandibula altında	yok	Nukal kalınlık artışı	38	2 yaş sağlıklı
10	16	Yanak	Yok	Yok	37	2 yaş, kulak burun boğaz takipli

A/S: amniyosentez, CVS:koryon villus biyopsisi

KT:kemoterapi, tri:trizomi

SS 09 Erken Haftada Tanı Konulan Torako-omfalofagus ve Kistik Higromayla Seyreden Nadir Bir Olgu Sunumu

Dr.Emre YALÇIN

Çukurova Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD,Perinatoloji Kliniği

Amaç: Yapışık ikizler tek yumurta ikizlerinin yaklaşık yüzde birinde görülen nadir bir anomalidir. Çok nadir bir fenomen olarak 1/49.000 ilâ 1/189.000 arasında meydana geldiği tahmin edilmektedir. En sık görülen thoracopagus tipinde fetüsler torakslarından yapışıktır. Bu çalışmayla erken haftada ikiz gebeliklerde fetal yapıların detaylı incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Olgu 01.07.2025-31.12.2025 tarihleri arasında geçici görevlendirme amacıyla gittiğim Dicle Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD,Perinatoloji Bilim Dalından alınmıştır. Rutin takibe gelen gebede torako-omfalofagus yapışık ikiz gebelik ve ikiz eşlerinden birinde kistik higroma ve ek anomaliler tespit edilmiştir.

Bulgular: İlk kez merkezimize rutin kontrol amacıyla başvuran hasta 11 hafta 5 gün ikiz gebeliğe sahipti. 24 yaşında,G1P0 idi. Hasta Perinatoloji Polikliniğimize ilk defa başvurdu. Koryonisite olarak monokoryonik diamniyotik gebelik izlendi. Fetüslerin ultrasonografik incelemesinde fetüslerin toraks ve abdominal bölgelerden birbirine yapışık olduğu izlendi.(Şekil 1) Ortak tek kalp izlendi.Batın içi organlardada ortak karaciğer izlendi. Kalpte atriyoventriküler kapaklar aynı hizada izlendi. Sağ ve sol ventrikülde 2 adet hiperekojen odak izlendi. Fetus 1(üst fetus) in NT si 4,1 mm olarak ölçüldü. Fetal boyun etrafında septasyonlar içeren kistik oluşumlar izlendi. Kistik higroma olarak değerlendirildi.(Şekil 2) Hasta ve eşine durumun riskleri anlatıldı. İnvaziv tanı yöntemi seçeneği sunuldu ancak hasta kabul etmedi. Terminasyon seçeneği sunulan hasta terminasyonu kabul etti ve terminasyon sağlandı. Terminasyon sonu fetüslerin görüntüsü Şekil 3 tedir.

Sonuç: Kesin nedeni bilinmemekle birlikte sekizinci günden sonra oluşan ikiz gebeliklerde monokoryonik monoamniotik ikiz gebelik oluştuğu ve embriyonik yarıklanma 13 ile 15. gün arasında olursa ikizlerin yapışık olduğu ve bu süreden sonra ikiz gebelik oluşmadığı bilinmektedir.(1,2) İkiz gebeliklerin yapışık olduğunun ultrasonografi ile belirlenmesinde aşağıdaki bulgular yol gösterici olabilir: (1) monoamniotik ikiz gebelik olması, (2) İkizlerin birbirine doğru sabit pozisyonda durmaları ve (3) Spesifik bir anatomik bölgede ikizlerin konturlarının ayrı olarak gözlenememesi. Yapışık ikizlerin çoğu prematür ve ölü doğmaktadır. (3,4) Yapışık ikizlerin sınıflandırılması yapışık oldukları bölgeye göre yapılmaktadır. 1. thoracopagus, en sık görülür ve göğüsten yapışıklık vardır; 2. xiphopagus, ksifoid kemikten göbeğe kadar karın ön duvarı yapışıklığı vardır; 3. pygopagus, kalçadan yapışıklık vardır; ve 4. craniopagus, kafadan yapışıklık vardır. İkizlerin değişik yerlerinden birleşik olmaları prognozlarını etkilemektedir. Yapışık ikizlerde farklı derecelerde organlar paylaşılabilir. Yapışık ikizlerde major konjenital anomalilerde nadir değildir.(5,6)

Bizler bu olgumuzda çok erken bir haftada tanı konulan torako-omfalofagus olgumuzu paylaştık. Ayrıca fetüslardan birinde kistik higromada mevcuttu. Yapışıklık ikiz olma ihtimali erken haftada her ikiz gebelikte akılda tutulmalı ve ultrasonografist bu açıdanda fetüsleri değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: ikiz gebelik,yapışık ikizlik, kistik higroma,

3. PERİDER KONGRESİ ve ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ PERİNATOLOJİ GÜNLERİ



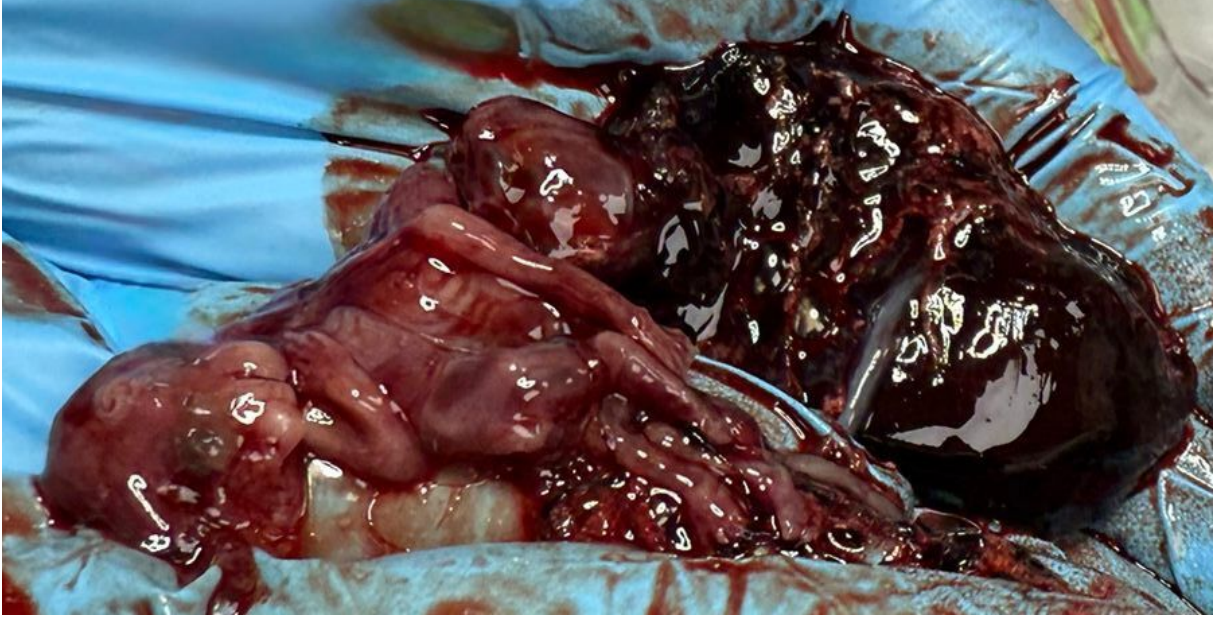
15-16 KASIM 2025 | ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ, ADANA



Şekil 1: Fetusların birbirine yapıştığı gösterilmiştir.



Şekil 2: Fetuslardan birinde izlenen kistik higroma



Şekil 3: Terminasyon sonrası fetusların görüntüsü

KAYNAKÇA

1. Hanson JW. Incidence of conjoined twinning. Lancet 1975; 2:1257.
2. Harper RG, Kenigsberg K, Sia CG. Xiphopagus conjoined twins: a 300-years review of the obstetric, morphopathologic, neonatal and surgical parameters. Am J Obstet Gynecol 1980; 137:617-29.
3. Sherer DM. First trimester ultrasonography of multiple gestations: a review. Obstet Gynecol Surv 1998; 53:715-26.
4. Bonilla-Musoles F, Raga F, Bonilla F Jr, Blanes J, Osborne NG. Early diagnosis of conjoined twins using two-dimensional color Doppler and three-dimensional ultrasound. J Natl Med Assoc 1998; 90:552-6.
5. Sergi C, Dorfler A, Albrecht F, Klapp J, Jansen O, Sartor K, Otto HF. Utilization of magnetic resonance imaging in autopsy planning with specimen preservation for thoraco-omphalopagus symmetricus conjoined twins. Teratology 1998; 58:71-5.
6. Oostra RJ, Baljet B, Verbeeten BW, Hennekam RC. Congenital anomalies in the teratological collection of Museum Vrolik in Amsterdam, The Netherlands. V: conjoined and acardiac twins. Am J Med Genet 1998; 80:74-89

SS 10 Di koryonik tri amniyotik spontan üçüz gebelikte fetal redüksiyon stratejisi ve riskleri: vaka sunumu

Erdal Ozmen¹

¹VM Medikal Park Hastanesi, Mersin, Türkiye

Giriş

Üçüz gebelikler obstetride nadir görülen ve maternal-fetal komplikasyon riski yüksek olan durumlar arasında yer almaktadır. Doğal konsepsiyonlarda yaklaşık 1/8000–1/10000 doğumda görülürken, yardımcı üreme tekniklerinin kullanımının artmasıyla sıklık 1/500–1/1000'e kadar yükselmiştir. Özellikle monokoryonik ikizlerin eşlik ettiği olgularda plasental damar bağlantıları nedeniyle ikizden ikize transfüzyon sendromu (TTTS), selektif intrauterin büyüme geriliği ve ani fetal kayıp riski artmaktadır. Bu nedenle bazı olgularda gebeliğin prognozunu iyileştirmek amacıyla fetal redüksiyon stratejileri gündeme gelmektedir.

Olgu Sunumu

Spontane olarak gebe kalan hastamız 35 yaşında olup, annesi ve kendisinin de ikiz eşi olduğu öğrenildi. Ultrasonografide gebeliğin dikoryonik–triamniyotik (DCTA) olduğu saptandı. Gebeliğin 12. haftasında maternal ve fetal riskler dikkate alınarak fetal redüksiyon planlandı. Ailenin gebeliğin ikiz olarak devam etmesini tercih etmesi nedeniyle diamniyotik–dikoryonik (DCDA) gebelik hedeflendi. Bu amaçla deneyimli bir merkezde ultrason eşliğinde radiofrekans ablasyon (RFA) yöntemiyle monokoryonik-diamniyotik (MCDA) ikizlerden birine müdahale edildi.

İşlemden yaklaşık 48 saat sonra aynı plasentayı paylaşan diğer MCDA fetus, dolaşımın etkilenmesi nedeniyle kaybedildi. Aynı koryona sahip fetus sağlıklı gelişim göstermeye devam etti. İzlem sürecinde maternal komplikasyon izlenmedi. Gebelik 39. haftada sezaryen ile sonlandırıldı ve 3400 gram ağırlığında canlı kız bebek dünyaya geldi. Yenidoğan yoğun bakım desteğine ihtiyaç duyulmadan taburcu edildi.

Tartışma

Üçüz gebelikler hem maternal komplikasyonlar (preeklampsi, gestasyonel diyabet, erken doğum) hem de perinatal komplikasyonlar (düşük doğum ağırlığı, TTTS, intrauterin ölüm) açısından yüksek risk taşır. Dikoryonik–triamniyotik üçüzlerde monokoryonik ikizlerin varlığı, bu risk profilini daha da ağırlaştırmaktadır. Fetal redüksiyon, özellikle 11–14. haftalar arasında uygulandığında sağlıklı tekil doğum oranlarını artırabilmektedir.

Redüksiyon yöntemleri arasında potasyum klorür enjeksiyonu ve radiofrekans ablasyon (RFA) yer almaktadır. Monokoryonik ikizlerde vasküler bağlantıların varlığı nedeniyle RFA güvenilir bir seçenek olarak öne çıkmaktadır. Literatürde fetal redüksiyon sonrası canlı doğum oranları %70–90 arasında bildirilmiş olup, aynı plasentayı paylaşan fetüsün kayıp oranı %10–20 düzeyindedir. Bizim olgumuzda da RFA sonrası aynı koryonisiteye sahip diğer fetüs kaybedilmiş, ancak gebelik tek fetusla komplikasyonsuz sürdürülmüştür.

Sonuç

Bu olgu, dikoryonik–triamniyotik üçüz gebeliklerde fetal redüksiyonun sağlıklı doğum şansını artıran etkili bir strateji olduğunu göstermektedir. Ancak monokoryonik ikizlerden birinin redüksiyonunda aynı plasentayı paylaşan diğer fetüsün kaybı önemli bir risk faktörüdür. Literatürle uyumlu olarak, bu işlemlerin deneyimli merkezlerde, multidisipliner ekipler tarafından ve aileye olası riskler ayrıntılı şekilde açıklanarak yapılması anne ve fetus sağlığı açısından kritik öneme sahiptir.

SS 11 Prenatal Tanı Alan Fetal Oral Kavite Tümörü: Multidisipliner Yaklaşım ile Yönetilen Nadir Bir Olgu

Fatma İŞLEK UZAY¹, Mete SUCU¹, Özge KELEŞ BAYER¹, Cüneyt EVRÜKE¹, Süleyman Cansun Demir¹, İnci BATUN TURHAN², İlda TANRISEVER PEHLİVAN³, Selcan TÜRKER ÇOLAK⁴

1. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Balcalı Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı
2. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Balcalı Hastanesi, Yenidoğan Anabilim Dalı
3. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Balcalı Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı
4. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Balcalı Hastanesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı

Giriş

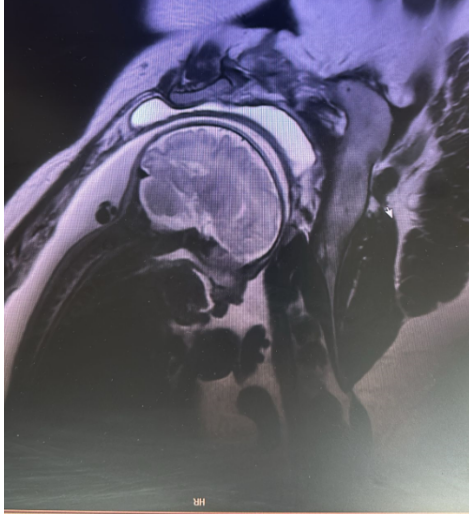
Fetal dönemde oral kavite yerleşimli tümörler, oldukça nadir görülen konjenital anomaliler arasında yer alır ve sıklıkla hava yolu obstrüksiyonu nedeniyle perinatal mortalite ve morbidite riskini önemli ölçüde artırır. En sık karşılaşılan lezyonlardan biri epignathus teratomu olup, bu tümörler doğum sonrası spontan solunumun başlamasını engelleyebilir. Prenatal dönemde yapılan ayrıntılı ultrasonografi ve fetal manyetik rezonans görüntüleme sayesinde bu lezyonların erken tanısı mümkün hale gelmiştir. Bu tanı, doğum öncesi dönemde multidisipliner planlamanın yapılmasına olanak tanıyarak hem doğum hem de postnatal yönetim açısından kritik avantajlar sağlar. Obstetri ve perinatoloji ekiplerinin yanı sıra neonatoloji, anestezi, KBB ve pediatrik cerrahi birimlerinin koordineli yaklaşımı; hava yolunun güvence altına alınması, cerrahi müdahale stratejisinin belirlenmesi ve neonatal prognozun iyileştirilmesi açısından büyük önem taşır. Bu bildiride, prenatal tanı alan fetal oral kavite tümörü olgusu, multidisipliner yaklaşım süreci ve klinik sonuçları sunulmuştur.

Olgu Sunumu

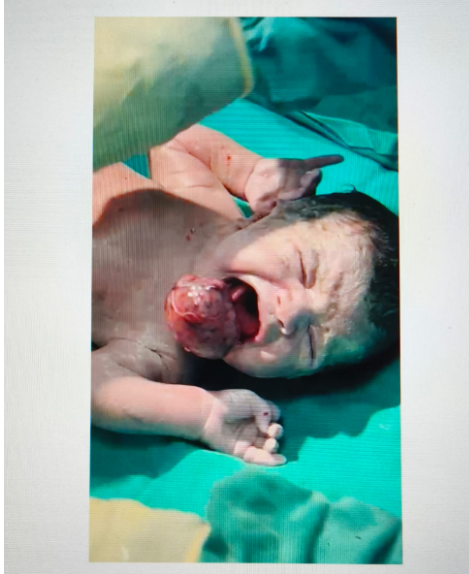
22 yaşında, bilinen sistemik bir hastalığı olmayan hasta, G3P1Y1Ö1A0, geçirilmiş 2 sezaryeni bulunmakta, hastanemize 35+2 gebelik haftasında başvurdu. Eşiyle arasında akraba evliliği yoktu. Fetal ölçümler haftasıyla uyumluydu amnion mayii 4 kadranda 20 cm ölçüldü, OGTT tahlili normal sınırlardaydı. Fetusun ultrasonografik değerlendirmesinde oral kavite kaynaklı yaklaşık 36*33 mm lik solid özellikte, düzgün sınırlı, color doppler değerlendirmesinde vasküler yapının mevcut olduğu kütle mevcuttu. Fetal yüzün ayrıntılı sonografik değerlendirmesinde oral kavite açıklığı izlendi, fetusun yutma refleksi mevcuttu. Buna ek sistemik patoloji tespit edilmedi. MCA-Doppler değerlendirmesinde PSV 62cm/sn-1.4 MoM ölçüldü. Fetusta anemi başlangıcı düşünüldü, postnatal dönemde etkili yaklaşım açısından Yenidoğan, Kulak Burun Boğaz ve Çocuk Cerrahisi Anabilim Dallarına ile multidisipliner yaklaşım açısından konsey yapıldı. Fetal anemi başlangıcı nedeniyle hastanın yatışının yapılması, fetal MRG planlanması, tek doz betametazon dozunun tamamlanmasını takiben planlı sezaryen doğum esnasında gereklilik halinde EXIT prosedürünün uygulanması kararı alındı. Fetal MRG de ön planda epulis düşünüldü. Sezaryen ile APGAR 7/8, 3190 gr ağırlığında kız bebek doğurtuldu. Doğan doğmaz ağıladı, sağ gingivolabial mukozadan kaynaklanan pedinküllü 4*4 cm boyutunda, oral kaviteden dışarı protrüde düzgün sınırlı kütleli lezyon mevcuttu. Kalp tepe atımı >100/dk idi, canlandırma uygulanmadı. Oral kaviteyi kapatmadığından EXIT prosedürü uygulanmadı. Klemplenip yaşamsal bulguları stabil hale getirildikten sonra KBB tarafından kütle eksizyonu amacıyla operasyona alındı. Total eksizyon yapıldı, yenidoğan yoğun bakım yatışı yapıldı.



Prenatal değerlendirme



Fetal MRG değerlendirmesi



Postnatal değerlendirme



Postoperatif değerlendirme

Tartışma

Fetal dönemde oral kavite tümörleri nadir görülmesine karşın, doğumda hava yolu güvenliği açısından en yüksek riskli lezyon gruplarından biridir. Prenatal tanının konması, sadece doğum zamanlaması ve şekline değil, aynı zamanda postnatal cerrahi strateji ve aile bilgilendirmesine yön veren kritik bir dönüm noktasıdır. Bu olguda olduğu gibi, multidisipliner yaklaşım; obstetri–perinatoloji, neonatoloji, anestezi, KBB ve pediatrik cerrahi ekiplerinin eş zamanlı planlamasını gerektirir ve perinatal sonuçları belirgin biçimde iyileştirir.

Oral kavitedeki fetal kitleler için ayırıcı tanıda teratom (epignathus), hemanjiom/venöz malformasyon, ranula/lenfatik malformasyon, epulis (konjenital granüler hücreli tümör) ve daha nadiren rabdomiyom, nöroblastik lezyonlar yer alır.

Ultrasonografi, kitleyi erken saptamada ve kistik/solid bileşeni ile vaskülariteyi (Doppler) değerlendirmede ilk basamaktır. Fetal MRG, hava yolu ile ilişkiler (orofarenks–hipofarenks–larinks), kafa tabanı invazyonu, damarsal komşuluk ve hacim ölçümü açısından üstünlük sağlar. MRI bulguları EXIT/endotrakeal entübasyon gereksinimi ve doğum yeri seçimine doğrudan etki eder.

Perinatal morbiditenin ana belirleyicisi hava yolu açıklığıdır. Büyük hacimli veya köklenmesi geniş kitlelerde doğumda maske ventilasyonu ve entübasyon güçleşebilir. Planlı entübasyon (doğum sonrası hızla) küçük/komşulukları sınırlı kitlelerde yeterli olabilir. EXIT (Ex Utero Intrapartum Treatment), uteroplental gaz değişimi sürerken cerrahi/entübasyon için zaman kazandırır; özellikle dil yer değiştirmesi, orofarinks tıkanması veya mandibuler mikrog-nati ile birlikte olan olgularda endikedir. EXIT'in risk–fayda dengesi anne morbiditesi (uzamış uterin relaksasyon, kanama riski) ile karşılaştırılarak ekipçe değerlendirilmelidir.

Sonuç

Prenatal dönemde oral kavite tümör tanısı alan fetuslarda multidisipliner ekip yaklaşımı, doğum ve postnatal dönemde komplikasyonları önlemede anahtardır. Hızlı ekip koordinasyonu ve planlı doğum, neonatal sağkalımı artırabilir.

Anahtar Kelimeler: Oral kavite tümörü, fetal tümörler, prenatal tanı, multidisipliner yaklaşım, EXIT prosedürü

SS 12 Kliniğimizde Takip Edilen Dördüz Gebeliklerin Obstetrik ve Neonatal Sonuçları: Tek Merkez Deneyimi

Gülnihal Reyhan Toptaş¹, Özgür Kara¹, Dilek Şahin¹,

¹Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, Ankara

Amaç:

Kliniğimizde takip edilen dördüz gebeliklerin obstetrik ve neonatal sonuçlarını değerlendirmektir.

Yöntem:

Ocak 2021 – Ekim 2025 tarihlerinde Bilkent Şehir Hastanesi Perinatoloji Kliniği'nde dördüz gebelik saptanan 9 olgu retrospektif olarak incelendi. Hasta verileri klinik kayıtlardan elde edildi. Kayıt altına alınan değişkenler şunlardı:

- **Demografik ve klinik özellikler**
- **Yardımcı üreme teknikleri**
- **Amniyon ve koryon sayısı**
- **Fetal redüksiyon** onamı, redüksiyon haftası ve redükte edilen fetus sayısı
- **Eşlik eden fetal anomaliler**
- **Obstetrik sonuçlar:** abortus, preterm doğum, miad doğum, intrauterin exitus(IUEX)
- **Neonatal sonuçlar:** doğum haftası, doğum kilosu, Apgar skorları, yenidoğan yoğun bakım ünitesi (YYBÜ) ihtiyacı, neonatal ölüm

Bulgular

Ortalama yaş 28.9 ±6.6 yıldır. Tüm olgularda yardımcı üreme teknikleri (YÜT) kullanılmış, beşi (55.6%) invitro fertilizasyon (IVF), dördü (44.4%) intrauterin inseminasyon (İÜİ) ile gebe kalmıştı. Tanı haftası 7.44 ±1.96 olarak saptandı.

Beş (55.6%) hasta fetal redüksiyon için onam verdi, dört (44.4%) hasta işlemi reddetti. İki (22.2%) olguda fetüslerden birinde hidrops fetalis izlendi. Beş (55.6%) gebelik quadriamniyotik quadrikoryonik, iki (22.2%) gebelik trikoryonik triamniyotik, iki (22.2%) gebelik trikoryonik quadriamniyotik özellikteydi.

Redüksiyon isteyen 5(55,6%) hastanın dördüne fetosid uygulandı; fetosid uygulanan fetus sayısı her olguda ikiye. Hastalardan birine 14. gebelik haftasında spontan abortus gerçekleşmesi nedeniyle fetosid yapılamadı. Redüksiyon yapılan 3 hastada preterm doğum gerçekleşti, bir hastanın takibi devam ediyor.

Redüksiyonu reddeden dört hastanın ikisinde sırasıyla 11.haftada ve 10. Haftada IUEX; 34. ve 28. gebelik haftalarında preterm doğum gerçekleşti. Gebelikleri dördüz olarak devam eden 2 hasta gebeliğin 24. Haftasında preterm doğum yaptı.

Toplam 20 canlı doğumda 10(50%) neonatal ölüm gerçekleşti; ölen bebeklerin tamamı redüksiyonu reddeden gruptaydı.

16(80%) bebekte YYBÜ ihtiyacı oldu. YYBÜ ihtiyacı olmayan dört bebek redüksiyon uygulanan gruptandı.

Takibi tamamlanan tüm olgularda preterm doğum yaptı.

Olgu 1: Ş.İ., İVF, quadriamniyotik – quadrikoryonik, redüksiyon (+)
34. haftada doğum, canlı doğan:2, YYBÜ (-)

Olgu 2: F.A., İVF, quadriamniyotik – quadrikoryonik, redüksiyon istemi (+)
14. gebelik haftasında spontan abortus

Olgu 3: S.K., İVF, quadriamniyotik – quadrikoryonik, redüksiyon (+)
34. haftada doğum, canlı doğan:2, YYBÜ (+)

Olgu 4: S.Y., İVF, quadriamniyotik – trikoryonik, redüksiyon (+)
34. haftada doğum, canlı doğan:2, YYBÜ (-)

Olgu 5: D.Ç., İÜİ, triamniyotik – trikoryonik, redüksiyon (+)
Gebeliğin 34. Haftasında, gebelik izlemi devam ediyor.

Olgu 6: T.S., İÜİ, quadriamniyotik – quadrikoryonik, redüksiyon ret
24. haftada doğum, YYBÜ (+), canlı doğan:4, neonatal eksitus :4

Olgu 7: B.B., İVF, quadriamniyotik – trikoryonik, redüksiyon ret
Tek bebekte 11. Haftada İUEX, acil serklaj (+)
33. haftada doğum, canlı doğan:3, YYBÜ (+)

Olgu 8: M.Y., İÜİ, triamniyotik – trikoryonik, redüksiyon ret
24. haftada doğum, YYBÜ (+), canlı doğan:4, neonatal eksitus :4

Olgu 9: Ş.Y., İÜİ, quadriamniyotik – quadrikoryonik, redüksiyon ret
Tek bebekte 10. Haftada İUEX, obstetrik öykü nedeniyle serklaj (+)
28. haftada doğum, YYBÜ (+), canlı doğan:3, neonatal eksitus :2

Sonuç: Bu tek merkezli deneyim, dördüz gebeliklerin tamamının yardımcı üreme teknikleri ile elde edildiğini ve yüksek obstetrik ile neonatal komplikasyon riski taşıdığını göstermektedir. Çalışmamızda fetal redüksiyon yapılanlarda gebelik süresinin daha uzun, neonatal sağkalımın daha yüksek ve yenidoğan yoğun bakım gereksiniminin daha düşük olduğu görülmüştür. Sonuç olarak, dördüz gebeliklerde maternal ve perinatal prognozu iyileştirmek için erken dönemde multidisipliner yaklaşım, ayrıntılı danışmanlık ve uygun olgularda fetal redüksiyonun değerlendirilmesi büyük önem taşımaktadır.

Anahtar kelimeler: dördüz gebelik, fetal redüksiyon

Tablo 1. Hastaların Klinik ve Demografik Verileri (n= 9)

	Ortalama $\pm$ SS / Yüzde (n)
Yaş (Yıl)	28.9 $\pm$ 6.6
Gravida	2.22 $\pm$ 0.89
Parite	0.66 $\pm$ 0.16
Abortus	0.66 $\pm$ 0.29
Tanı Haftası	7.44 $\pm$ 1.96
Redüksiyon Haftası	13.0 $\pm$ 0.70
Kronik Hastalık	0 % (0)
Yardımcı Üreme Tekniği	100% (9)
Eşlik Eden Anomali	22.2% (2)
Quadrikoryonik Quadriamniotik	55.6 % (5)
Trikoryonik Triamniotik	22.2% (2)
Trikoryonik Quadriamniotik	22.2% (2)
Fetal Redüksiyon (+)	55.6 % (5)
Fetal Redüksiyon (-)	44.4% (4)
Preterm Doğum	100% (7)

Tablo 2. Obstetrik Sonuçlar (n=20)

	Ortalama $\pm$ SS
Doğum Haftası	28.52 $\pm$ 4.72
Doğum Kilosu	1098.66 $\pm$ 720.96
Apgar 1. Dakika	3.3 $\pm$ 2.14
Apgar 5. Dakika	5.6 $\pm$ 1.78
Neonatal Ölüm	50% (10)
Redüksiyon Yapılanlarda Neonatal Ölüm	0 % (0)
Redüksiyonu Reddedenlerde Neonatal Ölüm	71.4% (10)
YYBÜ İhtiyacı	80%(16)

YYBÜ: yenidoğan yoğun bakım ünitesi

SS 14 Fetal büyümenin sonografik ölçütleri arasında korelasyon analizi ve en güvenilir parametrenin belirlenmesi

Mekin Sezik, Aygül Acar, Rümeysa Kaçar, Duru Tekin

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Amaç: Çalışmanın temel amacı, BPD, HC, AC, FL ve TFA gibi sonografik fetal büyüme parametreleri arasındaki bağımsız ilişkileri analiz ederek, tahmini fetal ağırlığın belirlenmesinde hangi ölçümlerin daha doğru sonuç verdiğini ortaya koymaktır. Birincil hipotez, bu parametrelerin diğer klinik değişkenlerden bağımsız olarak korele olduğu ve bunlardan birinin TFA ile daha güçlü bir ilişki gösterdiğidir.

Yöntem: 1 Ocak 2024 – 30 Haziran 2024 tarihleri arasında, 14. gebelik haftasından sonraki dönemde Viewpoint arşivleme sisteminde verileri eksiksiz kaydedilmiş, gebelik yaşı kesin olarak belirlenmiş, anomalisiz ve herhangi bir komplikasyon (büyüme kısıtlılığı, makrozomi, hipertansif bozukluklar veya diyabet) gelişmemiş tekil gebelikler çalışmaya dahil edildi. Maternal yaş, gebelik yaşı, gravidite, parite, mevcut vizitte raporlanan BPD, FL, HC ve AC ölçümleri ile Hadlock II formülüne göre hesaplanan tahmini fetal ağırlık (TFA) kaydedildi. Parametreler arasındaki basit ilişkiler Pearson korelasyon analizi ile değerlendirildi; bağımsız ilişkilerin saptanması için kısmi korelasyon analizi kullanıldı. Biyometrik parametrelerin TFA ile olan, demografik değişkenler ve gebelik haftasından arındırılmış bağımsız korelasyon katsayıları (r) hesaplandı.

Bulgular: Dahil edilen 204 gebelikte, BPD ($r=0.935$), HC ($r=0.933$), AC ($r=0.956$) ve FL ($r=0.929$) ölçümlerinin tümü tahmini fetal ağırlık (TFA) ile yüksek düzeyde korelasyon göstermiştir (tümü için $p<0.0001$). Maternal yaş, gravidite ve gebelik yaşı kontrol değişkenleri olarak modele eklendiğinde, BPD ($r=0.237$), HC ($r=0.134$) ve FL ($r=0.188$) için anlamlı korelasyonlar kaybolmuş; yalnızca AC ölçümü TFA ile orta düzeyde bir korelasyon göstermeye devam etmiştir ($r=0.460$, $p<0.0001$). Gebelik haftası $\leq 22+6/7$ olan olgular ayrı analiz edildiğinde, tüm biyometrik parametrelerin TFA ile güçlü bir ilişki gösterdiği, ancak FL ölçümlerinin diğer parametrelere kıyasla daha yüksek kısmi korelasyon katsayısına sahip olduğu belirlenmiştir ($r=0.872$, $p<0.0001$). Buna karşılık, 23. gebelik haftasından itibaren yapılan değerlendirmelerde, TFA ile maternal yaş, gravidite ve gebelik haftasından bağımsız olarak yalnızca AC ölçümünün anlamlı ve göreceli olarak daha güçlü bir korelasyon gösterdiği saptanmıştır ($r=0.668$, $p<0.0001$).

Sonuç: Çalışma bulgularına göre 23. gebelik haftasından önce FL, 23. haftadan sonra ise AC ölçümleri, tahmini fetal ağırlığın sonografik olarak belirlenmesinde gebelik haftası, maternal yaş ve gravidite değişkenlerinden etkilenmeyen güvenilir göstergelerdir.

SS 15 Skar Gebeliklerde Monosit/Albumin Oranının Hastalık Şiddetini Öngörmedeki Değeri

Nazlı Orhan¹, Nevda Ceren Sonu¹, Dilek Şahin¹

1. Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Perinatoloji Bilim Dalı

Amaç: Skar gebeliklerde monosit/albumin oranının prognoz ve tedavi sonuçları ile ilişkisinin değerlendirilmesi

Yöntem: Çalışma retrospektif kohort çalışması olup 2021-2023 yılları arasında skar gebelik tanısı alan 36 gebe çalışma grubu olarak belirlenmiştir. Hastaların ilk trimester kontrollerinde rutin olarak bakılan monosit sayısı ($\times 10^9/L$) ve plazma albumin (g/L) değerleri kullanılarak monosit sayısı ($\times 10^9/L$) x 1000 / plazma albümin(g/L) formülü ile monosit sayısının plazma albümine oranı (MAR) tüm çalışma grubu için hesaplanmıştır.

Bulgular: Çalışma grubu yaş ortalaması 34.9 ± 5.9 idi. Çalışmada değerlendirilen gebelerden 14'ünün bir; 14'ünün iki; 6'sının üç; 2'sinin dört geçirilmiş sezaryen öyküsü bulunmaktadır. Skar gebeliklerin işlem öncesi ve sonrası bakılan hemoglobin değerleri arasındaki fark hesaplanarak, MAR ile korelasyonu değerlendirildiğinde anlamlı fark görülmemiştir ($r=0.11$, $p=0.53$). Yine transfüzyon yapılan gebeler ve transfüzyon yapılmayanlar karşılaştırıldığında MAR değerinde belirgin bir farklılık tespit edilememiştir (8.87 ± 1.04 ve 9.74 ± 2.62 , sırasıyla, $p=0.58$). Bu gebelerin MAR değerleri hastanede yatış sürelerine göre karşılaştırıldığında ise 3 gün ve üzerinde yatışı olan gebelerde MAR istatistiksel olarak anlamlı yüksek tespit edilmiştir (8.59 ± 2.85 ve 10.35 ± 2.09 , sırasıyla, $p<0.05$).

Sonuç: MAR değeri, daha önce intrakraniyal kanama geçiren hastalarda hematoma büyüklüğü ile ilişkilendirilmiş bir parametre olmasına rağmen, bu çalışmada skar gebeliklerdeki kanama miktarıyla ilişkilendirilememiştir. Ancak MAR değeri yüksek olan skar gebeliklerde hastanede kalış süresinin uzadığı gözlemlenmiştir. Bu bulgu, MAR'ın skar gebeliklerde hastalık şiddetini dolaylı yoldan yansıtabilir bir parametre olabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar kelimeler: monosit/albumin oranı, skar gebelik, kanama

SS 16 Mega Sisterna Magna Tespit Edilen Gebeliklerin Klinik Bulguları ve Gebelik Sonuçları

Nevda Ceren Sonu¹, Atakan Tanaçan¹, Dilek Şahin¹

1. Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Perinatoloji Bilim Dalı

Amaç: Mega sisterna magna tespit edilen gebeliklerin klinik bulguları ve gebelik sonuçlarının incelenmesi

Yöntem: Çalışma retrospektif gözlemsel çalışma olup, 2021-2023 yılları arasında fetüste mega sisterna magna tespit edilen 25 gebe çalışma grubu olarak belirlenmiştir. Hastalar mega sisterna magnaya eşlik eden ek anomaliler, ilk ve ikinci trimester tarama testleri, yapılan ileri tetkikler, maternal özellikler açısından değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışma grubun yaş ortalaması 28.6 ± 5.5 olan ve ultrasonda fetusta megasisterna magna tespit edilen gebelerden oluşmaktadır. Bu gebelerin kliniğimize ortalama başvuru haftası 28.6 ± 3.8 olarak tespit edilmiştir. Hastalardan 16'sının (64%) birinci ve ikinci trimester tarama testleri olup, anormal sonuçlanan test olmadığı görülmüştür. Ortalama sisterna magna genişliği çalışma grubu için 13.5 ± 2.5 mm olarak ultrasonografik olarak ölçülmüştür. Çalışmada değerlendirilen gebelerden 20'sinde (80%) izole mega sisterna magna; 3'ünde (12%) blake pouch kisti; 1'inde (4%) mega sisterna magnaya eşlik eden lateral ventrikül genişliği; 1'inde (4%) mega sisterna magnaya eşlik eden corpus callosum agenezisi ultrasonografik olarak düşünülmüştür. Bu hastalar arasından MR ile değerlendirilebilen 14 gebeden 11'inin sonucu ultrasonografi ile uyumluyken, 1 izole megasisterna magna ve 2 blake poshe kisti düşünülen hastada MR'da anormallik tespit edilememiştir. Ek olarak mega sisterna magnaya 3 (12%) hastada kardiyak; 2'sinde (%8) santral sinir sistemi, 1'inde (4%) gastrointestinal sistem ve 1'inde (4%) de genitoüriner sistem anomalisi eşlik etmektedir. Amniyosentez yapılan toplam 3 (12%) hasta olup bu hastalarda kromozal anomali tespit edilmemiştir. Bu gebeliklerin sonuçları değerlendirildiğinde ise tamamı canlı gebelikle sonuçlanmıştır.

Sonuç: Mega sisterna magna tespit edilen hastaların çoğu izole olmakla beraber, daha az olarak diğer intrakranial anomalilere eşlik edebildiği görülmüştür. Fetal intrakranial değerlendirmede mega sisterna magna tespit edilen hastaların intrakranial değerlendirilmesi yapılırken bu durumun göz önünde bulundurulması ve tam intrakranial değerlendirmenin tam yapılmasının önemli olduğu düşünülmüştür.

Anahtar kelimeler: mega sisterna magna, intrakranial, gebelik, anomali

SS 17 Multiple Fetal Kardiyak Rabdomyom ve Postnatal mTOR İnhibitör Tedavisi

Özge Keleş Bayer¹, Cüneyt Evrûke¹, Fatma İşlek Uzun¹

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Balcalı Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Perinatoloji Bilim Dalı

Amaç

Fetal dönemde tanı alan multiple kardiyak rabdomyom olgusunun prenatal ve postnatal seyrinin tartışılması amaçlanmıştır.

Yöntem

3.trimesterde kalp tümörü nedeniyle Çukurova Üniversitesi Perinatoloji Kliniğine yönlendirilen hastanın, fetal ekokardiyografi ile kardiyak kitlelerin lokalizasyonu, boyutları ve hemodinamik etkileri değerlendirilmiş ve multidisipliner yönetim ile doğumu planlanmıştır.

Bulgular

G1P0, 25 yaşındaki hasta tarafımıza 34 Hafta 4 günlük gebe iken başvurmuştur. Maternal sigara içiciliği mevcut olan hastanın ek özelliği bulunmamaktadır.

Dış merkezde 25. Gebelik haftasında anatomik tarama sırasında fetal kardiyak kütle tanısı almış olup farklı kliniklerde invaziv tanı işlemleri önerilen hasta işlemleri kabul etmemiş. Dış merkezde çekilen Fetal beyin MR'da kortikal kalınlaşma, subependimal nodül (resim 1) izlenip tüberoskleroz ile uyumlu olabilecek kortikal lezyonlar raporlanması üzerine hastaya deneysel düzeydeki perinatal mTOR inhibitör seçeneği sunulmuş fakat hasta bu tedaviyi de istememiş ve 3. trimesterde kliniğimize başvurmuştur.



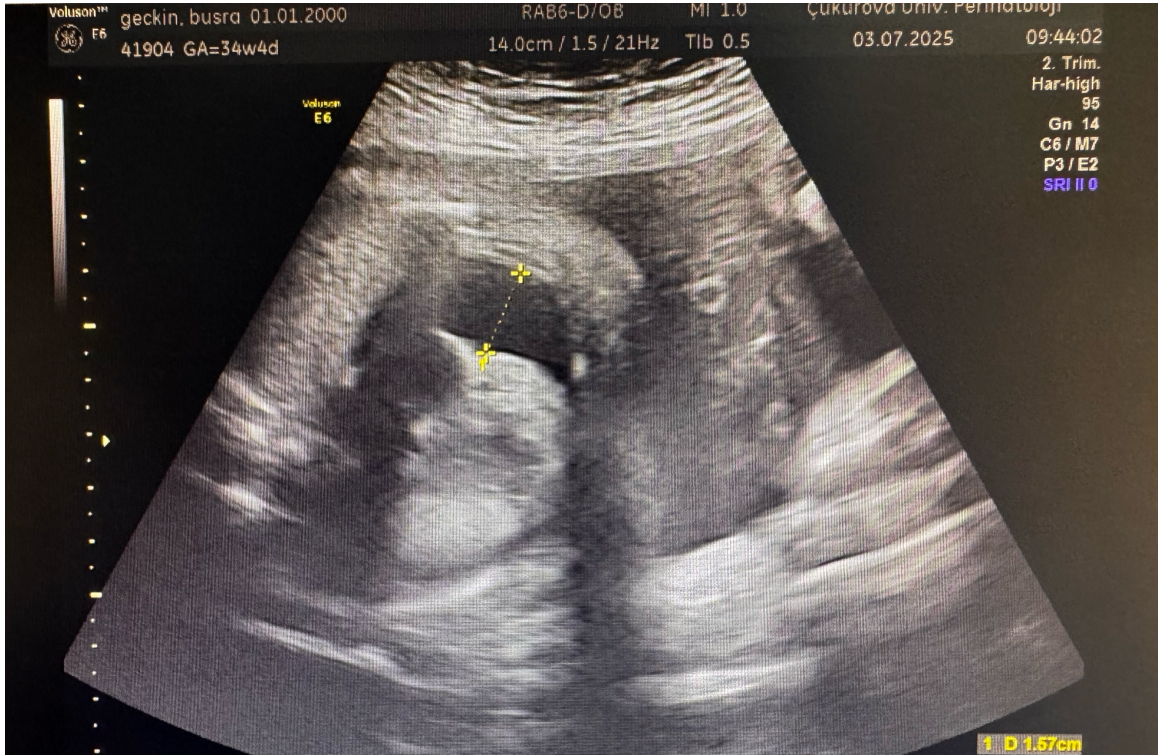
Resim 1-Subependimal nodül

Yapılan sonografide 34 gebelik haftasıyla uyumlu fetusta, kalpte 2 adet hiperekoje rabdomyom ile uyumlu görünümde kütle (Resim 2), yaygın perikardiyal efüzyon (Resim 3) kardiyomegali, polihidroamnioz ve plasentomegali saptandı.

Fetal ekokardiyografide; bol miktarda perikardiyal efüzyon ve interventriküler septumun sol ventrikül tarafında 18×11 mm ve sol ventrikül serbest duvarında 25×18 mm boyutlarında multiple kütleler izlenip , bu lezyonlar fetal kardiyak rabdomyom ile uyumlu olarak değerlendirilmiştir.



Resim 2-Sol ventrikül duvarı ve interventriküler septumdaki rabdomyom ile uyumlu kütle görüntüsü



Resim 3 -İleri derece perikardiyal efüzyon

Kardiyak efüzyonun ileri derecede olup kalp yetmezliği bulgularının olması nedeniyle pediatrik kardiyoloji, perinatoloji ve neonatoloji konsey kararı ile 35. gebelik haftasında elektif sezaryen

yapılması, doğum sonrası perikardiyosentez ile perikard sıvısının boşaltılması ve ardından mTOR inhibitörü tedavisi başlanması planlandı. Doğum öncesi akciğer maturasyonu amacıyla tek doz betametazon uygulandı. 35. Gebelik haftasında elektif sezaryen ile APGAR 7/8 2070 gr ağırlığındaki kız bebek makat geliş ile doğurtuldu. Yenidoğan yoğun bakıma alınan bebek entübe edilerek inotrop tedavi başlandı, postnatal ekokardiyografi raporunda ;multiple rabdomyomlar , perikard efüzyonu , patent ductus arteriosus ve patent foramen ovale izlendi. Rabdomyom basısı nedeniyle sol ventrikül küçük ve sistemik dolaşım ductus bağımlı olduğu için prostaglandin infüzyonu başlanması önerilmiştir. Perikardiyal efüzyon perkutan yolla boşaltılabilecek yerleşimde olmaması nedeniyle denenmeyip, mTOR inhibitörü everolimus tedavisi başlanmıştır.

Genel durumu stabil olmadığından ileri görüntüleme ve genetik incelemeler yapılamayan bebek yaşamının 14. gününde kardiyak yetmezlik nedeniyle kaybedilmiştir. Aile TSC1/TSC2 genlerinde patojen variant çalışılması amacı ile genetiğe yönlendirilmiştir.

Sonuç

Fetal kardiyak rabdomyomlar, prenatal dönemde en sık saptanan kalp tümörleri olup genellikle benign seyir gösterirler. Genellikle tuberosklerozlu olgularla ilişkilidir ancak izole olgularda mevcuttur.

Tümörün büyüklüğü, lokalizasyonu ve çokluğu hemodinamik etkiler açısından belirleyicidir.

Olgumuzda kullanılan mTOR inhibitörleri (ör. everolimus) deneysel tedavi seçenekleri arasında yer almaktadır. mTOR inhibitörleri (örneğin everolimus, sirolimus) tuberosklerozdaki hiperaktif yolu baskılayarak TSC ile ilişkili birçok klinik bulguyu tedavi etme potansiyeline sahiptir. mTORC1 aktivitesi, hücre içi besin düzeyi, enerji durumu ve büyüme faktörleri (özellikle insülin/IGF-1) ile sıkı biçimde kontrol edilir. Ancak izlenen hasta sayısının azlığı, uzun süreli güvenlik ve etkinlik verilerinin sınırlı olması nedeniyle deneysel tedavi protokolleri arasında yer almaktadır.

Olgumuzda olduğu gibi ileri derecede efüzyon varlığında, doğum zamanlamasının multidisipliner ekip tarafından planlanması hayati öneme sahiptir.

Tuberoskleroz kompleksi ile güçlü ilişki nedeniyle bu olguların yalnızca kardiyak açıdan değil, nörolojik ve genetik açıdan da kapsamlı şekilde değerlendirilmesi gerekir.

Anahtar kelimeler: Fetal kalp tümörü, rabdomyom, tuberoskleroz kompleksi, fetal ekokardiyografi, mTOR inhibitörü

Kaynaklar

1. Isaacs H Jr. Fetal and neonatal cardiac tumors. *Pediatr Cardiol.* 2004;25(3):252–273.
2. Bader RS, Chitayat D, Kelly E, et al. Fetal cardiac tumors: Prenatal diagnosis and outcome. *Pediatrics.* 2003;112(1 Pt 1):e99–e103.
3. Tworetzky W, McElhinney DB, Margossian R, et al. Association between cardiac tumors and tuberous sclerosis in the fetus and neonate. *Am J Cardiol.* 2003;92(4):487–489.
4. Grewal J, Siu SC, Ross HJ, et al. Cardiac rhabdomyoma associated with tuberous sclerosis: prenatal diagnosis and outcome. *Prenat Diagn.* 2002;22(6):478–481.
5. Treatment of Tuberous Sclerosis Complex Manifestations in Children with mTOR Inhibitors (Yeşil ve ark., 2024)

SS 18 Preeklampsi tanılı gebelerde lenfosit ilişkili sistemik inflamatuvar indeksler (NLR, MLR, PLR) ve perinatal sonuçların değerlendirilmesi

Sanem Özcan Kahveci¹, Atakan Tanaçan¹, Dilek Şahin¹

¹Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Perinatoloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Preeklampsi tanılı gebelerin doğum öncesi tam kan sayımından elde edilen lenfosit ilişkili inflamatuvar parametrelerini ve perinatal sonuçlarını sağlıklı gebelerle karşılaştırmaktır.

Yöntem: Retrospektif tasarımdaki çalışmaya, Ocak 2022-Ocak 2023 tarihleri arasında perinatoloji servisinde doğum yapmış olan 30 preeklampsi tanısı almış tekil gebeden oluşan vaka grubu ve 30 sağlıklı tekil gebeden oluşan kontrol grubu dahil edildi. Gebelerin yaş, gravida, parite, doğum haftaları, doğum ağırlığı, 1-5. dk APGAR skorları, yatış anında alınan tam kan sayımındaki lökosit, nötrofil, lenfosit, monosit ve platelet değerleri kaydedildi. Lenfosit ilişkili inflamatuvar parametreler olarak nötrofil-lenfosit oranı (NLR), monosit-lenfosit oranı (MLR) ve platelet-lenfosit oranı (PNR) hesaplandı. Elde edilen bu veriler, gruplar arasında karşılaştırıldı.

Bulgular: Her iki grup arasında maternal demografik özellikler açısından anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$). Preeklampsi tanısı alan gebelerde, medyan doğum haftası 36 (2) olup anlamlı olarak daha küçük saptandı ($p=0.006$). Preeklampsi tanısı alan gebelerde nötrofil değeri anlamlı olarak ($p=0.04$) daha yüksek saptanırken, lökosit, lenfosit, monosit ve platelet değerleri açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$). NLR ($p=0.025$), MLR ($p=0.024$) ve PLR ($p=0.007$) değerleri incelendiğinde ise gruplar arasında anlamlı fark tespit edildi. Yenidoğan doğum ağırlıkları preeklampitik gebelerde anlamlı daha düşük ($p=0.01$) saptanırken, 1. ve 5.dk APGAR skoru açısından gruplar arasında anlamlı bir fark görülmedi ($p>0.05$).

Sonuç: Preeklampsi artmış olumsuz perinatal ve maternal sonuçlarla ilişkilidir. Etiyolojisinde yatan inflamatuvar süreç, hemogram parametrelerinde değişkenliğe yol açabilir. Bu araştırma NLR, MLR ve PLR' nin preeklampsiyi öngörmeye, klinik göstergeler ve diğer laboratuvar parametrelerine ek olarak kullanılabileceğini göstermektedir. Yine de daha büyük olgu serileri ile çalışma sonuçlarının desteklenmesine ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Preeklampsi, inflamasyon, hemogram parametreleri

SS 19 Servikal serklaj uygulanmış gebeliklerde term plasentanın inflamatuvar ve proliferatif belirteçler açısından değerlendirilmesi

Semanur Tanrıverdi Ercan¹, Mekin Sezik¹, Kuyaş Hekimler Öztürk²

¹Süleyman Demirel Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, ²Süleyman Demirel Üniversitesi Tıbbi Genetik Anabilim Dalı

Amaç: Bu çalışmada, servikal serklaj uygulanmış gebeliklerde termde doğurtulan plasentaların inflamatuvar (IL-4, IL-6, IL-10, TNF- α) ve proliferatif (Aktivin A) belirteçler açısından gen ekspresyon düzeylerinin değerlendirilmesi ve bu bulguların, servikal serklaj uygulanmamış gebeliklerle karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu prospektif kesitsel çalışmaya, Süleyman Demirel Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum kliniğinde 1 Eylül 2024 – 1 Mayıs 2025 tarihleri arasında sezaryen ile doğum yapan 10 servikal serklajlı ve 20 servikal serklajsız gebe dahil edilmiştir. Plasentaların maternal ve fetal yüzeylerinden alınan doku örneklerinden elde edilen RNA'lar, RT-PCR (Eş-Zamanlı PCR) yöntemi ile IL-4 (interlökin-4), IL-6 (interlökin-6), IL-10 (interlökin-10), TNF-alfa (tümör nekroz faktör) ve Aktivin A gen ekspresyonları açısından analiz edilmiştir.

Bulgular: Servikal serklajlı grupta IL-4 ve IL-10 gen ekspresyon düzeyleri hem maternal hem fetal yüzeylerde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p < 0.01$). Buna karşılık, IL-6 ve TNF-alfa gen ekspresyonları servikal serklajlı grupta anlamlı şekilde daha düşük saptanmıştır ($p < 0.05$). Aktivin A gen ekspresyonu açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0.05$). Bu sonuçlar, servikal serklajın anti-inflamatuvar yanıtı desteklediğini ve proinflamatuvar yanıtı baskılayıcı yönde etkide bulunduğunu göstermektedir.

Sonuç: Elde edilen bulgular, servikal serklaj uygulamasının yalnızca mekanik bir destek sağlamakla kalmayıp, aynı zamanda plasental immün mikroçevreyi modüle ederek gebelik sürecinin fizyolojik devamlılığına katkı sağladığını düşündürmektedir. IL-4 ve IL-10'un artışı ile IL-6 ve TNF-alfa'nın baskılanması, serklajın lokal immün toleransı güçlendirdiğine işaret etmektedir. Bu sonuçlar, servikal serklajın immünolojik etkilerinin de göz önünde bulundurulması gerektiğini ortaya koymakta ve ileride yapılacak daha geniş örneklemli çalışmalara zemin oluşturmaktadır.

(Bu özet Dr. Semanur Tanrıverdi'nin Süleyman Demirel Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi tarafından TTU-2024-9517 no'lu proje ile desteklenen uzmanlık tezinden oluşturulmuştur)

SS 20 Prenatal Dönemde Tanı Konan İzole Ventrikülomegalinin Perinatal Seyri: Tek Merkezli Retrospektif Çalışma

Serenat Yalçın¹, Ebu Bekir Sıddık Yılmaz²

¹Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Perinatoloji Kliniği, Bursa

²Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, Ankara

Amaç: İzole ventrikülomegali (İVM), prenatal ultrasonografide lateral ventrikül atrium çapının ≥ 10 mm ölçülmesi ve eşlik eden majör santral sinir sistemi (SSS) veya sistemik anomali olmaması ile tanımlanır. Hafif ve orta dereceli olguların önemli bir kısmı doğum öncesi veya kısa süreli postnatal takipte spontan olarak gerileyebilmekte, ancak bir bölümünde bulgu persiste etmekte veya ilerleyebilmektedir. Persistan ya da ilerleyici olgular, ek SSS patolojileri ve olumsuz nörogelişimsel sonuçlar açısından daha yüksek risk taşımaktadır.

Bu çalışmanın amacı, prenatal dönemde izole ventrikülomegali tanısı alan fetüslerde perinatal seyri ve doğal seyrini değerlendirmek; spontan regresyon ve persistan olguların oranlarını belirlemek ve bu grupları doğum haftası, doğum şekli, doğum ağırlığı, Apgar skorları, prenatal invaziv girişim oranları ve postnatal nörolojik bulgular açısından karşılaştırmaktır.

Yöntem: Ocak 2021- Ocak 2025 yılları arasında Bursa Şehir Hastanesi Perinatoloji Kliniği'nde prenatal ultrasonografide lateral ventrikül atrium çapı 10–15 mm ölçülerek izole ventrikülomegali tanısı alan, majör SSS veya sistemik anomali bulunmayan ve doğumu merkezimizde gerçekleşmiş 74 tekil gebelik retrospektif olarak incelendi.

Majör SSS anomalisi, kromozomal sendrom, intrakraniyal kanama, TORCH pozitifliği ve multipl gebelikler dışlandı. Maternal-demografik veriler, tanı ve doğum haftası, doğum şekli, doğum kilosu, Apgar skorları, prenatal invaziv girişimler, TORCH sonuçları ve postnatal nörolojik–radyolojik bulgular kaydedildi.

Olgular, bulgunun prenatal veya postnatal dönemde gerilediği regresyon ve persiste/ilerleyici seyrettiği persistan gruplara ayrıldı. Sürekli değişkenler Student's t-testi veya Mann–Whitney U, kategorik değişkenler Ki-kare testi ile karşılaştırıldı ($p < 0.05$). Analizler SPSS 25.0 ile yapıldı.

Bulgular: Toplam 74 olgunun 46'sında (%62.2) ventrikülomegali prenatal veya postnatal dönemde geriledi, 28'inde (%37.8) persiste/ilerleyici seyretti. Ortalama tanı haftası tüm grupta 25 (20–29) hafta olup gruplar arasında anlamlı fark yoktu ($p = 0.094$). Doğum haftası [38 (36–40) vs. 37 (35–39); $p = 0.217$], doğum kilosu (3170 ± 420 g vs. 3050 ± 460 g; $p = 0.243$), sezaryen oranı (%41.3 vs. %50.0; $p = 0.472$) ve 1. dakika Apgar < 7 oranı (%4.3 vs. %7.1; $p = 0.611$) açısından fark izlenmedi.

Prenatal amniyosentez yapılan 12 olgunun tamamında karyotip normaldi. Postnatal kraniyal görüntülemelerde ventrikül çapı ≥ 15 mm olan 6 olgu, büyük oranda persistan gruptaydı (%21.4 vs. %2.1; $p < 0.001$).

Sonuç: İzole ventrikülomegali olgularında perinatal prognoz çoğunlukla iyidir; ancak persistan veya ilerleyici seyir gösteren vakalarda nörogelişimsel riskler açısından yakın takip gereklidir.

Anahtar Kelimeler: İzole ventrikülomegali, prenatal ultrasonografi, fetal beyin, perinatal sonuçlar, fetal nörogörüntüleme

SS 21 Ailesel hiperlipidemili gebe hastaya yaklaşım: peripartum lipit aferezi

Buğra Yenigün¹, Gülsüm Uysal¹, Şule Gül Aydın¹

¹Department of Gynecology and Obstetrics, Adana City Training and Research Hospital, Health Sciences University School of Medicine, Adana, Turkey

Amaç:

Ailesel hiperkolesterolemi (AH), erken yaşta aterosklerotik kardiyovasküler hastalık riskini artıran genetik bir lipit metabolizması bozukluğudur. Gebelikte AH tedavisine yönelik veriler sınırlıdır, çünkü çoğu lipit düşürücü ilaç gebelikte kontrendikedir. Bu olgu sunumunda, gebelik süresince düzenli lipit aferezi uygulanarak yönetilen bir AH olgusunu sunmak ve bu tedavi yaklaşımının perinatal sonuçlara etkisini tartışmak amaçlanmıştır.

Olgu Sunumu:

Yirmi beş yaşında, primigravid, 36+4 haftalık gebe hasta doğum sancısı nedeniyle başvurdu. Öyküsünde 6 yaşından beri bilinen ailesel hiperlipidemi, geçirilmiş skolyoz operasyonu, ventriküler septal defekt, supraaortik valvüler darlık ve mitral yetmezlik mevcuttu. Gebelik boyunca toplam 13 kez lipit aferezi uygulanmıştı. Başvuru laboratuvarında LDL 471 mg/dL, HDL 95 mg/dL, trigliserid 394 mg/dL, total kolesterol 736 mg/dL olarak saptandı. Aferez sonrası değerler sırasıyla LDL 264 mg/dL, HDL 44 mg/dL, trigliserid 243 mg/dL, total kolesterol 353 mg/dL'ye düşmüştü. Kardiyoloji konsültasyonunda ciddi aort darlığı nedeniyle sezaryen planlandı. Spinal anestezi altında 36+6 haftada 2900 gram, Apgar skorları 8 ve 9 olan erkek bebek doğurtuldu. Peroperatif komplikasyon izlenmedi. Hasta postoperatif 3. basamak yoğun bakımda takip edildi ve 5. günde yeniden aferez uygulandı. Postpartum dönemde maternal hemodinami stabil seyretti. Yenidoğanın doğumda LDL düzeyi 42 mg/dL olup normal sınırlardaydı; taburculuk sonrası 12. günde LDL 107 mg/dL'ye yükseldi ve genetik analiz planlandı.

Sonuç:

Ailesel hiperlipidemili gebelerde lipit düzeyleri gebelikte fizyolojik artışın çok üzerine çıkarak ciddi kardiyovasküler risk oluşturabilir. Farmakolojik tedavi seçeneklerinin kısıtlı olduğu bu hasta grubunda düzenli lipit aferezi, maternal ve fetal sonuçları iyileştiren güvenli ve etkili bir tedavi seçeneği olarak değerlendirilebilir. Bu olgu, gebelikte multidisipliner yaklaşımla yürütülen aferez tedavisinin olumlu sonuçlarını vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler:

Gebelik, ailesel hiperkolesterolemi, lipit aferezi, hiperlipidemi, sezaryen

SS 22 Gebelikte glukokinaz-maturity onset diabetes of the young (GCK-MODY) olgusunun yönetimi

Şule Gül Aydın¹, Ünsal Aydın²

¹Adana Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana

²Medical Park Adana Hastanesi, Endokrinoloji Kliniği, Adana

Amaç: Glukokinaz-MODY (GCK-MODY), monogenik diyabet tipleri arasında gebelik yönetimi açısından özel öneme sahip nadir bir alt tiptir. Maternal glisemik düzeylerin fetüsün genetik durumuna göre değerlendirilmesi, makrozomi ve gereksiz insülin tedavisinin önlenmesi açısından kritiktir. Bu olguda GCK-MODY tanılı bir gebenin multidisipliner yönetimini ve güncel kılavuzlarla karşılaştırmalı olarak klinik sonuçlarını sunmayı amaçladık.

Yöntem: 32 yaşında, hipotiroidi nedeniyle levotiroksin kullanan, genetik uzmanı kadın hasta tekil gebelik nedeniyle izleme alındı. Gebelik öncesi HbA1c değeri %6,4, açlık glukoz düzeyleri 110–130 mg/dL idi. Gebeliğin erken döneminde TSH yüksekliği nedeniyle levotiroksin dozu artırıldı. Hastanın kendi isteğiyle yapılan amniyosentezde fetüste de GCK p.Cys129* heterozigot mutasyon saptandı. Bu doğrultuda gebelik boyunca diyetle glisemik kontrol sağlandı; insülin başlanmadı. Glisemik değerler açlıkta 110–125 mg/dL, 1. saat toklukta 130–145 mg/dL, 2. saat toklukta 110–135 mg/dL aralığında seyretti.

Bulgular: Fetal ultrasonografilerde büyüme gebelik haftasıyla uyumluydu, makrozomi izlenmedi. Doğum 39+6 haftada, 3450 g sağlıklı kız bebek ile gerçekleşti; yenidoğanda geçici polisitemi dışında komplikasyon görülmedi. Literatür ve güncel kılavuzlarla karşılaştırıldığında, olgumuzdaki yönetim yaklaşımı fetüs mutasyonu taşıyorsa insülin başlanmaması ve orta düzey maternal hiperglisemiye izin verilmesi önerilen stratejilerle uyumluydu. GCK-MODY gebeliklerinde maternal ve fetal komplikasyon oranlarının düşük olduğu, insülin tedavisinin yalnızca fetal mutasyon taşımadığı durumlarda düşünülmesi gerektiği bildirilmektedir.

Sonuç: GCK-MODY gebeliklerinde yönetim, fetüsün genetik durumuna göre kişiselleştirilmelidir. Fetüs mutasyonu taşıyorsa orta düzey hiperglisemiye izin verilmesi yeterlidir; taşımıyorsa veya genetik durumu bilinmiyorsa gestasyonel diyabet hedeflerine göre glisemik kontrol sağlanmalı, makrozomi bulgularında insülin eklenmelidir. Amniyosentez gibi invaziv yöntemler yalnızca ek endikasyon varsa uygulanmalı, gelecekte hücre dışı fetal DNA temelli non-invaziv testler standardize edilmelidir. Bu olgu, tanı doğruluğu ve kılavuza uygun yönetimin, maternal ve fetal sonuçları olumlu yönde etkileyebileceğini göstermektedir.

Anahtar kelimeler: GCK-MODY, gebelik, glukokinaz mutasyonu, makrozomi, non-invaziv prenatal tanı

SS 23 Gebeliğin 20–24. haftasında glukoz/lenfosit, monosit ve nötrofil oranlarının dekolman tanısındaki yeri

Uğurcan Zorlu¹, Fatma Doğa Öcal¹

¹ Perinatoloji Kliniği, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Ankara, Türkiye

Amaç:

Plasental dekolman, gebelik sırasında plasentanin uterin duvardan prematür ayrılmasıyla karakterize, anne ve fetus için ciddi riskler taşıyan bir obstetrik acil durumdur. Hem maternal hem de fetal morbidite ve mortalite oranlarını artıran bu durumun erken dönemde tanılanması, maternal komplikasyonların ve fetal kayıpların önlenmesi açısından kritik öneme sahiptir. Ancak erken dönemde spesifik semptomların olmaması tanı sürecini zorlaştırmaktadır. Bu bağlamda, çalışmamızın amacı; gebeliğin 20–24. haftasında rutin olarak alınan tam kan sayımı ve biyokimya parametrelerinden türetilen glukoz temelli oranların — Glukoz/Lenfosit Oranı (GLR), Glukoz/Monosit Oranı (GMR) ve Glukoz/Nötrofil Oranı (GNR) — plasental dekolman tanısındaki ayırt edici gücünü değerlendirmektir.

Yöntem:

Bu retrospektif kesitsel çalışma, 2019–2022 yılları arasında Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Perinatoloji Bölümü'nde yürütüldü. Çalışmaya, gebeliğin 20–24. haftasında tam kan ve biyokimya testleri yapılan ve daha sonra plasental dekolman tanısı alan 54 hasta ile aynı dönemde rastgele seçilen, benzer özelliklere sahip 108 sağlıklı gebe dahil edildi. Tüm katılımcılara ait demografik bilgiler, hemogram parametreleri ve glukoz düzeyleri hastane bilgi sistemi üzerinden geriye dönük olarak elde edildi. Bu verilerden GLR, GMR ve GNR hesaplandı. Gruplar arası karşılaştırmalar için bağımsız örneklem t-testi kullanıldı. Tanısal performansın değerlendirilmesi için ROC eğrisi analizi yapıldı; AUC, cut-off, sensitivite ve spesifisite değerleri belirlendi.

Bulgular:

Dekolman ve kontrol grupları arasında yaş ($p=0.036$), VKİ ($p=0.016$), lökosit ($p=0.032$), lenfosit ($p=0.026$), monosit ($p=0.025$) ve glukoz ($p=0.019$) düzeyleri açısından anlamlı fark bulundu. GLR, GMR ve GNR değerleri de dekolman grubunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek saptandı ($p<0.05$). ROC analizi sonucunda GLR için AUC: 0.86, cut-off: 54.93, sensitivite: %84 ve spesifisite: %81 olarak belirlendi. GMR için AUC: 0.82 ve GNR için AUC: 0.73 olarak hesaplandı. En yüksek tanısal doğruluk GLR ile sağlandı.

Sonuç:

Çalışma sonuçları, gebeliğin ikinci trimesterinde alınan basit ve erişilebilir laboratuvar parametrelerinden elde edilen glukoz temelli oranların, özellikle GLR'nin, plasental dekolman tanısında potansiyel bir biyobelirteç olarak kullanılabileceğini göstermektedir. Bu oranlar, invaziv olmayan, ekonomik ve uygulanabilir yöntemlerle elde edildiğinden, klinik pratikte yüksek riskli gebeliklerin erken belirlenmesinde önemli katkılar sağlayabilir. Bu bulguların daha geniş örneklemle ve prospektif, çok merkezli çalışmalarla desteklenmesi gerekmektedir.

Tablolar

Tablo 1

Kontrol ve Dekolman Grupları Arasında Demografik ve Laboratuvar Parametrelerinin Karşılaştırılması (Ortalama $\pm$ SD)

Değişken	Kontrol (n = 108) (Ortalama $\pm$ SD)	Dekolman (n = 54) (Ortalama $\pm$ SD)	p-değeri
Yaş (yıl)	28.33 $\pm$ 4.47	27.47 $\pm$ 4.73	0.036
Gravida	1.98 $\pm$ 0.96	2.05 $\pm$ 0.95	0.518
Parite	1.18 $\pm$ 0.93	1.13 $\pm$ 0.84	0.137
Abortus	0.40 $\pm$ 0.60	0.37 $\pm$ 0.51	0.388
Vücut Kitle İndeksi (VKİ)	28.68 $\pm$ 6.27	29.64 $\pm$ 5.70	0.016
Hemoglobin (g/dL)	12.12 $\pm$ 0.95	12.50 $\pm$ 0.96	0.314
Lökosit (WBC, $\times 10^9/L$)	9.21 $\pm$ 1.12	7.75 $\pm$ 0.99	0.032
Nötrofil sayısı ($\times 10^9/L$)	6.40 $\pm$ 1.04	5.78 $\pm$ 1.20	0.059
Lenfosit sayısı ($\times 10^9/L$)	1.87 $\pm$ 0.51	1.39 $\pm$ 0.51	0.026
Monosit sayısı ($\times 10^9/L$)	0.44 $\pm$ 0.10	0.37 $\pm$ 0.12	0.025
Glukoz (mg/dL)	82.17 $\pm$ 10.41	90.69 $\pm$ 8.71	0.019
Glukoz/Lenfosit Oranı (GLR)	43.94 $\pm$ 8.84	65.25 $\pm$ 10.51	0.009
Glukoz/Monosit Oranı (GMR)	186.75 $\pm$ 35.22	245.10 $\pm$ 42.61	0.015
Glukoz/Nötrofil Oranı (GNR)	12.83 $\pm$ 2.78	15.69 $\pm$ 4.12	0.022

Kısaltmalar:

- **VKİ:** Vücut Kitle İndeksi
- **WBC:** Lökosit (Beyaz Kan Hücresi)
- **GLR:** Glukoz/Lenfosit Oranı
- **GMR:** Glukoz/Monosit Oranı
- **GNR:** Glukoz/Nötrofil Oranı
- **SD:** Standart Sapma
- **p-değeri:** Anlamlılık düzeyi (t-testi ile hesaplanmıştır)

Tablo 2

ROC Analizi – Glukoz Tabanlı Oranlar ile Dekolman Tanısı

Biyobelirteç	AUC	Cut-off	Duyarlılık (Sensitivite)	Özgüllük (Spesifisite)
GLR (Glukoz / Lenfosit)	0.86	54.93	0.84	0.81
GMR (Glukoz / Monosit)	0.82	221.51	0.67	0.83
GNR (Glukoz / Nötrofil)	0.73	14.57	0.63	0.79

Kısaltmalar:

- **AUC:** Area Under the Curve (Eğri Altı Alan)
- **Cut-off:** Tanısal eşik değer
- **Duyarlılık (Sensitivite):** Pozitif vakaları doğru tanımlama oranı
- **Özgüllük (Spesifisite):** Negatif vakaları doğru tanımlama oranı
- **GLR:** Glukoz / Lenfosit Oranı
- **GMR:** Glukoz / Monosit Oranı
- **GNR:** Glukoz / Nötrofil Oranı

